

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

E-mail: sum@sum.dk, cc: gkh@sum.dk og annb@sum.dk

København, den 19. august 2025

Høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Alzheimerforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud. Alzheimerforeningen bakker op om Danske Patienters høringssvar og vil i høringssvaret fokusere på betydningen af lovforslaget specifikt for mennesker med demens.

Alzheimerforeningen mener, at lovforslaget afspejler de politiske intentioner og sundhedsstrukturkommissionens ekspert anbefalinger. Derfor bakker vi overordnet op om lovforslaget, der vil sikre en udvikling af almen praksis med fokus på højere og mere ensartet kvalitet for patienterne. Vi har dog følgende bemærkninger i relation til

- National opgavebeskrivelse
- Forløbskoordination

National opgavebeskrivelse

Alzheimerforeningen bakker op om ændringen af aftalemodellen, som kan bidrage til udviklingen af det almenmedicinske tilbud til i højere grad at understøtte den strategiske udvikling af sundhedsområdet. Med lovforslaget indføres en national opgavebeskrivelse og basisfunktion, som fastlægger både myndighedsrettede og klinikrettede opgaver og krav i det almenmedicinske tilbud.

Alzheimerforeningen bakker op om, at der med lovforslaget etableres en samlet national ramme, som kan sikre større ensartethed og høj kvalitet i hele landet, og som samtidig giver et fælles afsæt for at udvikle det almenmedicinske tilbud som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. Men vi undrer os over, at lovforslaget kun stiller krav om inddragelse af relevante aktører i forbindelse med den første fastlæggelse af opgavebeskrivelsen og basisfunktionen. Når disse efterfølgende med jævne mellemrum skal opdateres fremgår det alene, at der i opdateringerne skal "sikres balance mellem kravene i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen og det almenmedicinske tilbuds kapacitet, ressourcer og kompetencer." (S. 30-31). Der bør også ved fremtidige opdateringer være en formaliseret proces for dialog og inddragelse af relevante faglige aktører og patientrepræsentanter. Det vil styrke kvaliteten af opdateringerne og sikre, at ændringer gennemføres med et bredt fagligt og patientorienteret afsæt.

I Alzheimerforeningen er vi bekymrede for, om den proces, der er igangsat i Sundhedsstyrelsen i.f.t. at udvikle opgavebeskrivelsen, er tilstrækkelig til at indfri ambitionerne fuldt ud. I skrivende stund har 2 ud af 3 planlagte møder allerede været afholdt, og høringsprocessen er udsat. Det er vores vurdering, at der stadig er behov for grundige drøftelser om indholdet i det almenmedicinske tilbud, samarbejdsstrukturer mv. Den korte tidsramme for arbejdet risikerer at gå ud over kvaliteten.

Specifikt er der med sundhedsreformen afsat midler til at nedbringe ventetiderne på udredning af demens. Med Sundhedsstyrelsens kommende anbefalinger til udredning vil udredningen for en andel af patienterne fremover blive varetaget i almen praksis. Almen praksis har i dag hverken strukturer eller kompetencer til at

varetage en ny, kompleks opgave som denne. Derfor bør den beskrives grundigt og med afsæt i gældende faglige standarder i opgavebeskrivelsen. Vi vurderer ikke at den nuværende proces for udarbejdelsen af opgavebeskrivelsen levner mulighed for at inkorporere opgaver på det detaljeniveau, der er nødvendigt, og som i dag for en række andre indsatser allerede fremgår af de eksisterende overenskomster.

Forløbskoordination

For Alzheimerforeningen er det helt afgørende, at den nationale opgavebeskrivelse forpligter regionsrådene til at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Patienter – og det gælder i særdeleshed mennesker med demens pga. kognitive udfordringer – oplever i dag alt for ofte et fragmenteret sundhedsvæsen, hvor ansvaret for koordinering lander på de pårørende, hvis der er nogen. Når almen praksis skal spille en central rolle i et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, kræver det, at der stilles klare krav til, hvordan det tværsektorielle samarbejde skal fungere i praksis. Særligt for mennesker med demens er dette afgørende, da en demenssygdom – uagtet patientens sundhedskompetencer inden diagnosen – vil medføre manglende evne til at koordinere, skabe overblik og varetage egenomsorg.

Vi støtter derfor, at opgavebeskrivelsen skal stille tydelige krav til tovholderfunktionen i almen praksis. Det skal sikre, at patienter med behov for koordination faktisk oplever deres læge som en tovholder, der har overblik over hele forløbet og sikrer sammenhæng mellem indsatser på tværs af hospitaler og kommunale sundhedstilbud. Samtidig bør det tydeliggøres, hvordan snitfladen mellem ansvaret for forløbskoordination aftales mellem kommune og almen praksis.

Vi finder det positivt, at også basisfunktionen skal stille eksplicitte krav til, at alle klinikker i det almenmedicinske tilbud skal indgå i gensidige samarbejder med relevante aktører herunder kommuner, sygehuse, akutberedskab og øvrige praksissektorer. Samarbejdet skal gå begge veje hvor aktørerne skal understøtte hinanden med relevant specialiseret viden og rådgivning. Således skal det sikres at almen praksis er tilgængelig for kommunerne, og at almen praksis kan hente specialiseret vejledning på fx udredningsenhederne. Det vil bidrage til mere stabile og systematiske samarbejdsrelationer på tværs af sundhedsvæsenet og løfte kvaliteten til gavn for patienterne.

Med venlig hilsen



Birgitte Vølund
Formand
Alzheimerforeningen



Mette Raun Fjordside
Direktør
Alzheimerforeningen

Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

d. 14. august 2025

Høringssvar fra Astma-Allergi Danmark til høring over udkast til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Astma-Allergi Danmark hilser velkommen, at det foreliggende forslag til lov om ændring af sundhedsloven har stor fokus på at sikre ensartet og høj kvalitet til alle borgere i almen praksis uanset bopæl samt bedre lægedækning i hele landet, herunder at alle borgere får mulighed for, at deres praktiserende læge ikke bor længere væk end 15 km.

Styrket almen praksis og tovholderfunktion

Som det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, skal egen læge i fremtiden spille en endnu større rolle og varetage flere af de opgaver, der i dag løses på sygehusene og bidrage med mere sammenhæng og kvalitet for den enkelte borger, i højere grad differentiere indsatserne og varetage en styrket rolle for de mest sårbare borgere med størst behov.

Astma-Allergi Danmark har en forventning om, at lægernes kompetencer på de komplekse problemstillinger følger med.

Astma-Allergi Danmark har desuden stor opmærksomhed på, at det sikres, at alle 'typer' af lægeklinikker kan formå at skabe kontinuerlige forløb for deres patienter. Og at de kroniske sygdomme, som ikke er omfattet af kronikerpakkerne, bliver varetaget med fokus på tovholderfunktion og sammenhængende forløb.

National opgavebeskrivelse og basisfunktion

Lovforslaget tilvejebringer en juridisk ramme for en national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud. Det fremgår, at de praktiserende læger skal udøve deres sundhedsfaglige virksomhed i overensstemmelse med blandt andet faglige retningslinjer og pakkeforløb vedrørende specifikke sygdomme.

Astma-Allergi Danmark finder det ønskeligt, at Sundhedsstyrelsen samarbejder med de lægefaglige selskaber om udarbejdelse af den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion og med fokus på patienternes behov. Det er afgørende, at kravene til de praktiserende læger er opdaterede og følger patienternes udfordringer, ligesom lægernes kompetencer følger opgaverne.

Pakkeforløb og risiko for ulighed

Allergi og allergiske sygdomme som astma, høfeber og eksem er folkesygdomme, der i høj grad behandles i almen praksis, og hvor der særligt de senere år er kommet nye behandlingsmuligheder, der effektivt kan reducere symptomer, forbedre livskvalitet og arbejdsevne. På trods af sygdommenes

udbredelse er der begrænset viden i sundhedssystemet om, hvordan de faktisk udredes og behandles korrekt, og derfor lever mange unødigt med gener fra deres sygdom.

Astma-Allergi Danmark er bekymrede for, at det øgede fokus på nye pakkeforløb skaber en utilsigtet nedprioritering af øvrige sygdomsområder.

Det er vigtigt at sikre, at dette ikke sker. Det forudsætter, at de praktiserende læger har kendskab, og kan handle, efter gældende faglige retningslinjer. Det forudsætter også, at det er tydeligt beskrevet og at de praktiserende læger er bevidste om, hvornår egne lægefaglige kompetencer ikke rækker og dermed henviser patienterne til speciallægeregi og højere specialistniveau.

Hvis de nødvendige kompetencer ikke er til stede, skal der være tilbud om faglig opkvalificering.

En omstilling fra sygehuse til det almenmedicinske tilbud må også fortsat sikre klar og tydelig adgang til speciallægeområdet, da der vil være patientforløb, der kræver specialistviden. Der vil fortsat være udredningsforløb som udelukkende kan varetages af speciallæger med sygdomsspecifik viden. Dette sikres bedst ved, at der er klare anbefalinger og retningslinjer for, hvilke symptomer og manglende sygdomskontrol som skal udløse tilbud om videre undersøgelser og behandling i speciallægeregi hos enten privatpraktiserende speciallæger eller i hospitalsregi – for at sikre en ens henvisningspraksis og mindske uligheden i behandlingen.

For nogle sygdomsområder vil det være hensigtsmæssigt med et egentligt pakkeforløb, særligt på astma-området, hvor der er behov for tydelige mål, rammer og procedurer, så vi sikrer, at patienterne får de nødvendige lungefunktionsmålinger, tager deres medicin korrekt og får kontrolleret deres sygdom regelmæssigt.

Endelig er det vigtigt, at der er en bedre registrering af ydelser i forbindelse med astma, allergi og eksem i primærsektoren, så det er muligt effektivt at følge kvaliteten.

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Fra: Anne Lind Gade (annegade@live.dk)
Titel: Bekymring over det nye lovforslag om almen praksis - topstyret uden øjenhøjde
Sendt: 12-08-2025 18:58

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære Sophie Løhde,

Mit navn er Anne, og jeg er medicinstuderende på Aarhus Universitet. Jeg skriver for at udtrykke min dybtfølte frustration og bekymring over det nyligt fremsatte lovforslag om almen praksis.

Som kommende læge, der aktivt har overvejet en specialisering i almen medicin, må jeg med ærlighed sige, at de nye krav og vilkår får mig til at bakke fuldstændig ud — og jeg taler desværre også på vegne af mange af mine studiekammerater.

Det virker som en skæv topstyret beslutning, der er truffet uden reelt realitetstjek og uden dialog med dem, det hele faktisk handler om: de praksiserende læger og de medicinstuderende, der skal videreføre faget. Et forslag, der skal forsøge at lappe et blødende sundhedsvæsen, men hvordan kan man forvente at løse de allerede store udfordringer i almen praksis ved at indføre strammere krav, mere central styring og færre muligheder for lokal fleksibilitet?

Denne udvikling har allerede medført, at flere yngre læger overvejer at forlade almen praksis. Som næstformand for FYAM, Daniel Staal Nyboe, udtaler: "Jeg går med meget seriøse tanker om, om jeg skal tilbage til de sidste 2,5 år af min hoveduddannelse. Som lovpakken er nu, synes jeg ikke, det er trygt for patienterne, og jeg synes heller ikke, at det er trygt for mig som læge". Og tro mig, det er blot toppen af isbjerget - for har I snakket med alle os - alle de studerende, der endnu ikke har en stemme på arbejdsmarkedet, men som er dem, det hele i virkeligheden handler om. Fremtiden. Men hvilken fremtid findes der inden for almen medicin, hvis ingen ønsker at være den fremtid?

Det er efter min mening ikke bare forkert, men direkte skadeligt for et fagområde, der allerede kæmper med rekruttering og arbejdsmiljø. Hvis I virkelig ønsker at styrke almen praksis, så begynd med at tale med dem, der er i frontlinjen — praksislægerne og os, der drømmer om at følge i deres fodspor — i stedet for at påtvinge et lovforslag, der risikerer at ødelægge hele erhvervet.

Med den nuværende kurs vil I ikke tiltrække flere læger til almen medicin. Tværtimod kan det føre til en accelereret afvikling. Det kan ikke være sund politik.

Jeg håber inderligt, at ministeriet vil genoverveje lovforslaget og inddrage virkelighedens stemmer i beslutningsprocessen, inden det er for sent.

Med venlig hilsen Anne Lind Gade

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Annika Bonde (annb@sum.dk), Gro Kari Holen (GKH@SUM.DK)
Fra: Brian Bang (Brian.Bang@SKTST.dk)
Titel: Privat. Bemærkninger til udkast til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud
Sendt: 12-08-2025 13:11

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde (V)

Undertegnede ønsker ved nærværende henvendelse i partshøringsperioden, at fremsende bemærkninger til "Høring over udkast til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud"

Mine bemærkninger er offentliggjort søndag, den 10. august 2025 i Morgenavisen Jyllands-Posten " Løhde skal stå fast over for privilegieblinde læger" kan læses på dette LINK: <https://jyllands-posten.dk/debat/breve/ECE18417519/loehde-skal-staa-fast-over-for-privilegieblinde-laeger/?fp-exp=60330002&fp-alg=603300021>



10. AUG. 2025 | DEBATINDLÆG

” Smæk kassen i for griske læger. De kan få en løn på niveau med en gymnasielærer

Brian Bang
Fuldmægtig, Odder

De bedste hilsner

Brian Bang
Hou Strandpark 34
DK-8300 Odder

10. AUG. 2025 KL. 08:35

Løhde skal stå fast over for privilegieblinde læger

Smæk kassen i for griske læger, der i mange år har haft så gode vilkår på skatteydernes regning.

DEL

GEM PÅ LÆSELISTE



Det er yderst kærkomment, hvis Sophie Løhde med en fast hånd kan tage magten tilbage til politikerne og sætte borgerne, der betaler gildet, i centrum, mener Brian Bang. Arkivfoto: Thomas Borberg

BRIAN BANG

Fuldmægtig, Odder

Dette er et debatindlæg: Indlægget er udtryk for skribentens holdning. Alle holdninger, som kan udtrykkes inden for straffelovens og presseetikken rammer, er velkomne, og du kan også sende os din mening [her](#).

Men en ny lovpakke vil indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde (V) have mere hånd i hanke med de praktiserende lægers ageren. Det har allerede fået mange praktiserende læger til at hyle som stukne grise, og resonansen vil kun blive højere, for PLO (Praktiserende Lægers Organisation) har historisk altid fået sin vilje. Måske er det skatteborgernes tur til at få deres vilje denne gang?

Forestil dig en gymnasielærer, der, når måneden er forbi, skriver en faktura til gymnasiet på den gode side af 100.000 kr. for sit arbejde. Ansæt dog vedkommende på en lønoverenskomst, ville mange nok sige - men hvorfor egentlig?

Det er jo sådan, det fungerer for praktiserende læger, der agerer som selvstændige erhvervsdrivende, selvom de reelt ikke driver virksomhed for »egen regning og risiko«. »Kundegrundlaget« er til stede qua det offentlige, og det gule sygesikringsbevis er det sikreste »betalingskort« med direkte dækning i den danske statskasse, og tab på debitorer er derfor en by i Rusland. Systemet koster administration både for den praktiserende læge og for det offentlige (regionerne). Det samme gør sig gældende for psykologer. Opsig ordningen med ydernumre, og tilbyd i stedet en offentlig lønoverenskomst på fuldstændig samme vilkår som PPR-psykologer i kommunalt regi.

Der er i de seneste år tilført flere penge til psykiatrien, og i samme periode har vi set et stigende antal psykiatere, der skifter offentlig ansættelse ud for at blive »selvstændigt erhvervsdrivende«, og så forsvinder mange ekstramidler, som politikerne har sat af, ned i lommerne på personale, der tidligere var tilfreds med en mindre honorering.

I Danmark burde unødvendig administration være et politisk fyord. At få »kunder« af det offentlige og derefter fakturere det offentlige er at have snablen nede i de offentlige kasser og har intet med selvstændig virksomhed for »egen regning og risiko« at gøre.

I alt for mange år har fagforeningerne PLO og DP (Dansk Psykologforening) haft politikerne i deres hule hånd, og det har resulteret i, at danske skatteydere med den nuværende ordning for praktiserende læger med flere betaler mere end nødvendigt. Skatteyderne har ikke demokratisk stemt på PLO og DP, og derfor er det yderst kærkomment, hvis Sophie Løhde med en fast hånd kan tage magten tilbage til politikerne og sætte borgerne, der betaler gildet, i centrum.

Tilbyd almindelige offentlige lønoverenskomster, og tilbyd fast arbejdssted i offentlige sundhedshuse fordelt over hele landet. Så kunne man også hurtigere politisk intervenere over for det paradoks, at der i Danmark er flere læger per indbygger, hvor de »raske« bor, og færre læger, hvor de »syge« bor. Og lønniveauet kunne passende være på gymnasielærerniveau.

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Annika Bonde (annb@sum.dk)
Fra: Lisbeth Engholm (engholm@aol.dk)
Titel: Indlæg
Sendt: 22-07-2025 17:49

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Vil beholde den nære tilknytning til læge og ikke blot være et nr. i et upersonligt lægehus ejet af regioner. Kære politiker samarbejd nu med lægerne, pres ikke løsninger ned over dem og os patienter der gør vi bliver fremmede overfor hinanden, blot for at sætte flueben ved at løse lægemangel. Tænk på det arbejdsmiljø som også skal være tilstede, ingen hverken lønmodtager eller andre vil sætte pris på forringelser og tiltag man ikke har indflydelse på. Det kommer der aldrig noget godt ud af.

Læge uddannelsen er lang, så selvfølgelig har de fleste skabt familier undervejs, måske børn i skole, partner med karriere der er godt på vej. Lovforslag og løsning skal inkludere muligheden for at få familieliv og lægegerning til at gå hånd i hånd.

Læger er ikke kun en ting, men levende personer der gør en kæmpe forskel for vores samfund. Respekter det og behandl dem som uundværlig ressource som ikke må uddø, men som skal passes på, høres, respekteres og være en del af løsningen, de skal have en stor indflydelse på løsningen af vores alles problem. VI kan IKKE undvære dem og vores tætte og fortrolige kontakt.

Mvh

Bekymret borger

Lisbeth Engholm

[Sendt fra den helt nye AOL-app til iOS](#)

Til rette vedkommende

Jeg skriver som en bekymret borger og som kommende speciallæge i almen medicin.

Selvom jeg blot er en kommende speciallæge i almen medicin, har jeg beskæftiget mig længe med faget og har set mange facetter af faget gennem mine 10 år i det.

Der skal også lyde et stort bravo for Sundhedsreformen som den blev lanceret i foråret, svaret på mange af de komplekse problemer tror jeg i virkeligheden var simpelt; vi er for få speciallæger i almen medicin.

Når der bliver introduceret nye opgaver til praksis og en praksis ejer ikke engang har tid til basisydelsen er det svært at se hvordan der skal blive tid til hjemmebesøg, medicingennemgange, ambulatoriearbejde eller institutions pleje.

Ved at uddanne flere læger kan der skabes mere overskud og tid til fordybelse krævende opgaver. Der er tale om en problemstilling som har været i skabelse siden 1980'erne og er ikke en udvikling der kan vendes på en kort årrække. Derfor skal det være med det lange fokus, at vi kigger på løsninger. Den eneste reelle løsning som jeg ser er fokus på rekruttering og fastholdelse.

Min bekymring er hvad et lovforslag af denne karakter vil gøre for fastholdelsen til specialet og er oprigtigt bekymret for om hvordan det skal gå hvis vi ser en masseudvandring som vi så i 2013.

Helt konkret er min holdning er at sundhedsreformen i pakke 1 var rigtig god. Opdimensionering, præcisering af arbejdsopgaver og honorar incitament til områder med syge borgere alt sammen super godt.

Desuden er mit indtryk at der i lægestanden ikke er modstand mod en mere detaljeret beskrivelse af opgaverne i almen praksis. Man kan gøre plads til andre ting. For eksempel kan man sagtens skrive rejsespørgsmål ud, vitamin mangel, træthed, stress eller nogle af de andre tidsslugere uden god medicinsk evidens bag ud. Men det er jo upopulært politisk.

Argumenterne der går meget igen plus nogle af egne bekymringer:
Fjerne autonomien vil presse nogle ud af faget, uundgåeligt. Så vi mister læger lige nu.

Gøre det mindre attraktivt at blive praktiserende læge. Der er 3.500 læger aktuelt derude hvoraf 1.000 skal på pension indenfor perioden beskrevet i sundhedsreformen og derfor mangler der 2.500 og ikke "kun" 1.500.

Lægerne skal bruge mere tid på dokumentation og evaluering og kontrol. De vil miste tid med patienterne.

I selvejende klinikker i små enheder er der næsten ikke sygefravær, fraset når folk brænder ud pga stress. I ansatte grupper er der markant mere sygefravær.

De små klinikker ligger i de små byer og bydele og kender deres område og kan tilpasse sig bedre det der er og det der mangler. Det bliver svært at skrive dette ind i nationalt dækkende retningslinjer når der i en by er en god ørelæge og i den næste er en god hudlæge vil dette alt andet lige påvirke den praktiserende læges behov for subspecialisering

Kontinuitet ryger. Hvis man kender sin læge, undgår man unødige indlæggelser og bliver grebet i bedre tid når det går skidt. Man går til lægen. Og man lever længere, det viser stor europæisk forskning.

Der er allerede stor mulighed for regionernes lønnings- og takstnævn at bedrive økonomisk kontrol og sanktioner. De behøver ikke yderligere muligheder uden om det eksisterende retssystem

Slutteligt vil jeg understrege at der jo ikke sidder en arbejdsstyrke som nægter at forlade byerne. De har bosat sig i byer ligesom alle andre akademikere fordi de har slået rødder i byen. Hvis der var flere og der var mere bud om arbejdet ville konkurrencen automatisk rykke folk ud.

Hvorfor skulle man tage et hårdere job for færre penge væk fra alt sit netværk?

Jeg håber inderligt at der vil blive lyttet til høringssvar.

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Fra: Indenrigs- og sundhedsminister (minister@sum.dk)
Titel: VS: lægereform
Sendt: 24-07-2025 09:07

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Mogens Blom Hansen <blom-hansen@nordfiber.dk>
Sendt: 19. juli 2025 14:00
Til: Indenrigs- og sundhedsminister <minister@sum.dk>
Emne: lægereform

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære Sophie Løhde !

Som tidligere, nu forlængst pensionerede, praktiserende læge og gammel venstremand, undrer det mig meget, at du vil være med til at nedbryde et uvurderligt lægesystem, der beundres og misundes os af kolleger og sygesikringsfolk i udlandet.

For omkring 1500 kr årligt er vi alle sikret lægehjælp 24 timer i døgnet 360 dage om året-Jeg har hørt, at det er det er mindre end det koster at have en hund forsikret .

Systemet har vist sin værdi i mange, mange år-hvorfor så lave det om -blot fordi nogle universitetsfolk synes, de har for lidt kontrol--

Det er da en alt for alvorlig sag at overlade til djøfferne

Håber, du kan nå at stoppe sagen, der synes mig at ligge langt fra liberale tanker.

De venligste hilsner

Mogens Blom-Hansen

Åstrupvej 86D, 9800 Hjørring

blom-hansen@nordfiber.dk

60539595



Høringssvar fra Børne- og Ungdomspsykiatriske selskab vedr. ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud.

Nedenstående er en række bemærkninger til fremsendte høring.

Generelle bemærkninger

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab ser positivt på lovforslaget om national opgavebeskrivelse for det almene medicinske område. Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab ønsker at understrege, at vi mangler en primær sektor, der kan håndtere lettere psykisk sygdom, ligesom lettere fysisk sygdom, og dermed forebygge at det udvikler sig til mere alvorlig psykisk sygdom.

Det er et vigtigt skridt i at skabe en mere ensartet kvalitet på tværs af det almene område.

Specifikke bemærkninger vedrørende de nationale opgavebeskrivelser

Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab ser det positivt, at de let tilgængelige kommunale tilbud nævnes på s. 19. Men der mangler fokus på den del af den tidlige indsats, der skal ske i almen praksis, specifik forebyggelse og behandling i samarbejde med de kommunale institutioner og skoler.

Børne- og Ungdomspsykiatriske Selskab vil gerne fremhæve, at lovforslaget på s. 24 beskriver, at de kommende opgavebeskrivelser jævnfør Sundhedsreformen fra 2024 skal indeholde "krav til tværsektorielt samarbejde". For børne- og ungdomspsykiatriske patienter er netop et velfungerende tværsektorielt samarbejde afgørende for et godt patientforløb og prognose.

Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab vil gerne understrege at Sundhedsministeren har udtalt bilateralt for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab og på Folkemødet at det er en bunden opgave for de kommende Sundhedsråd at løfte opgaven med implementeringen af bedre sammenhæng for børne- og ungdomspsykiatriske patienter.

Ligesom nærværende lovforslag fremover vil lade Sundhedsstyrelsen udarbejde opgavebeskrivelser for det almenmedicinske område, så bør samme gøre sig gældende for det tværsektorielle samarbejde for børne- og ungdomspsykiatriske patienter.

Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab er derfor interesseret i om, der er planer for fremsættelse af en lignende lovgivning som nærværende lovforslag, der skal give Sundhedsstyrelsen hjemmel til fremover at udarbejde nationale opgavebeskrivelser til det tværsektorielle samarbejde for børne- og ungdomspsykiatriske patienter, der herefter vil implementeres lokalt af de kommende Sundhedsråd.

Afsluttende bemærkninger

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab vil derudover gerne tilbyde vores inddragelse i Sundhedsstyrelsens arbejde vedrørende de nationale opgavebeskrivelser og den fælles basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, som beskrevet på s. 30 af nærværende lovforslag.

Vi ser frem til at følge det videre arbejde og stiller os gerne til rådighed med viden og erfaring i forbindelse med implementering af planen.

De venligste hilsner

Nina Tejs Jørring og Niels Bilenberg,
Børne- og Ungdomspsykiatrisk selskab

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Annika Bonde (annb@sum.dk), Gro Kari Holen (GKH@SUM.DK)
Fra: Maria Bjørklund (MBJ@da.dk)
Titel: VS: Frist den 21. august kl. 12.00: Offentlig høring af lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud
E-mailtitel: VS: Frist den 21. august kl. 12.00: Offentlig høring af lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud ((ISM) Id nr.: 361238)
Sendt: 01-07-2025 13:57
Bilag: Høringsbrev.docx.pdf; Høringsliste.docx.pdf; Udkast til lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud.docx.pdf; Signaturbevis.txt;

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Vi takker for muligheden for at besvare jeres høring om ovenstående.

Dansk Arbejdsgiverforening har ingen bemærkninger hertil.

Med venlig hilsen

Maria Bjørklund
Administrativ koordinator



Vester Voldgade 113
København V
Direkte +45 33 38 92 84
Mobil +45 29 20 02 84
Mail mbj@da.dk
Web da.dk

Denne mail er tilsigtet en bestemt modtager og kan indeholde fortrolige oplysninger. Er du ikke den rette modtager, beder vi dig om at orientere os ved at besvare denne mail og derefter slette den. Det er ikke tilladt at beholde, kopiere, videresende eller bruge oplysninger fra denne mail, hvis du ikke er den rette modtager.

Fra: Annika Bonde <annb@sum.dk>

Sendt: 1. juli 2025 12:10

Til: Danske Regioner <Regioner@regioner.dk>; KL, Kommunernes Landsforening <kl@kl.dk>; Datatilsynet <dt@datatilsynet.dk>; dsr@dsr.dk; Lægeforeningen <dadl@dadl.dk>; 'plo@dadl.dk' <plo@dadl.dk>; fas@dadl.dk; yl@dadl.dk; info@danskepatienter.dk; info@danske-aeldreraad.dk; Diabetesforeningen <info@diabetes.dk>; Gigtforeningen <info@gigtforeningen.dk>; post@hjerteforeningen.dk; Kræftens Bekæmpelse <info@cancer.dk>; Patientforeningen <njl@patientforeningen.dk>; info@patientforeningen-danmark.dk; Ældre Sagen <aeldresagen@aeldresagen.dk>; Advoksamfundet <samfund@advokatsamfundet.dk>; Dansk Erhverv (info <info@danskerhverv.dk>; hoering@di.dk; Dansk Selskab for Almen Medicin <dsam@dsam.dk>; Dansk Selskab for Patientsikkerhed <info@patientsikkerhed.dk>; info@danske-seniorer.dk; Forbrugerrådet <hoeringer@fbr.dk>; CHR-FP-Lægeuddannelsen <laegeuddannelsen@regionh.dk>; videreuddannelsen@rsyd.dk; vus@stab.rm.dk; kkf@fadl.dk; administration@fadl.dk; okf@fadl.dk; dasys@dasys.dk; dkf@danskkiropraktorforening.dk; dp@dp.dk; Dansk Psykoterapeutforening <kontakt@dpfo.dk>; formand@paediatri.dk; dbio@dbio.dk; info@fodterapeut.dk;

fysio@fysio.dk; etf@etf.dk; fh@fho.dk; ff@farmakonom.dk; foa@foa.dk; fas@dadl.dk; sek@jordemoderforeningen.dk; post@kost.dk; klfformand@gmail.com; lederne@lederne.dk; lvs@dadl.dk; sl@sl.dk; post@alzheimer.dk; marie@angstforeningen.dk; info@astma-allergi.dk; info@bedrepsykiatri.dk; info@lunge.dk; dhf@danskhandicapforbund.dk; dh@handicap.dk; sekretariat@depressionsforeningen.dk; info@detsocialenetvaerk.dk; epilepsi@epilepsiforeningen.dk; admin@hjernesagen.dk; Hjerneskadeforeningen <info@hjerneskadeforeningen.dk>; mail@hoeforeningen.dk; sa@spiseforstyrrelser.dk; 'lw@psoriasis.dk' <lw@psoriasis.dk>; info@scleroseforeningen.dk; mail@sjaeldnediagnoser.dk; info@sundheddanmark.nu; info@vaccinationsforum.dk; kontakt@cfh.ku.dk; do@optikerforeningen.dk; dtu@dtu.dk; Dansk Arbejdsgiverforening <DA@da.dk>; sekretariat@dasaim.dk; Forperson DASAMS <forperson@dasams.dk>; kontakt@dasem.dk; gib@dadl.dk; Danske Universiteter <dkuni@dkuni.dk>; info@fadd.dk; fsd@socialchefforeningen.dk; ku@ku.dk; sdu@sdu.dk; info@tbbf.dk; aau@aau.dk; au@au.dk; Akademikerne <ac@ac.dk>; post@alzheimer.dk; marie@angstforeningen.dk; info@astma-allergi.dk; info@bedrepsykiatri.dk; kontakt@cfh.ku.dk; info@lunge.dk; info@tbbf.dk; dhf@danskhandicapforbund.dk; formand@paediatri.dk; gib@dadl.dk; sekretariat@dasaim.dk; dasys@dasys.dk; dbio@dbio.dk; Danske Universiteter <dkuni@dkuni.dk>; kkf@fadl.dk; administration@fadl.dk; okf@fadl.dk; fsd@socialchefforeningen.dk; post@kost.dk; klfformand@gmail.com; sa@spiseforstyrrelser.dk; lederne@lederne.dk; lvs@dadl.dk; vus@stab.rm.dk; sl@sl.dk; kontakt@ojenforeningen.dk; VIVE <vive@vive.dk>; SMVdanmark <smv@smvdanmark.dk>; landsforeningen@sind.dk; ruc@ruc.dk; Rigsrevisionen <info@rigsrevisionen.dk>; pd@pharmadanmark.dk; info@osteoporose.dk; Nationalt Center for Etik <dketik@dketik.dk>; info@muskelsvindfonden.dk; medico@medicoindustrien.dk; info@humanrights.dk; info@fadd.dk; Signe Bøgevald Hansen <sibh@sundheddanmark.nu>; info@fagligsenior.dk; Nationalt Center for Etik <dketik@dketik.dk>; skejby.dco@rm.dk; Region Syddanmark <kontakt@rsyd.dk>; Region Midtjylland <kontakt@rm.dk>; Region Nordjylland <region@rn.dk>; Region Hovedstaden <regionh@regionh.dk>; Region Sjælland <regionsjaelland@regionsjaelland.dk>

Emne: Frist den 21. august kl. 12.00: Offentlig høring af lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud((ISM) Id nr.: 361238)

Til høringsparterne på vedlagte høringsliste

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sender hermed vedhæftede udkast til Lov om ændring af sundhedsloven i høring. Lovforslaget vedrører ændringer af sundhedsloven om en ny organisering af det almenmedicinske tilbud.

Lovforslaget skal udmønte dele af Aftale om sundhedsreform af 15. november 2024 gennem indførelsen af en national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur for alment praktiserende læger, etableringen af et praksisklagenævn samt forhåndsgodkendelse af læger ved erhvervelse af et ydernummer.

Aftalen kan tilgås på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside her: [Aftale om sundhedsreform 2024 | Indenrigs- og Sundhedsministeriet](#)

Vedhæftet er:

- Høringsbrev
- Høringsliste
- Udkast til lovforslag

Materialet kan også findes på Høringsportalen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal anmode om at modtage eventuelle bemærkninger til lovforslaget **senest den 21. august 2025 kl. 12.00**.

Bemærkninger bedes fremsendt til ministeriet på sum@sum.dk med kopi til gkh@sum.dk og annb@sum.dk.

Med venlig hilsen

Annika Bonde

Fuldmægtig, Center for det behandlende
sundhedsvæsen

Tlf. nr.: 21 59 70 76

annb@sum.dk



**INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Tlf. 7226 9000

Læs ministeriets datapolitik [her](#)

www.sum.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Den 21. august 2025

Høringssvar fra Dansk Erhverv – Høring over udkast til lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.)

Dansk Erhverv takker for at deltage i høring over udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.).

Generelle bemærkninger

Dansk Erhverv stiller sig generelt positivt over for lovpakken, da mange af forslagetts konkrete elementer baner vejen for en stærk almenmedicinsk sektor, der kan bidrage til at gøre sundhedsvæsenet mere robust. Efter Dansk Erhvervs opfattelse er almen praksis en særdeles afgørende indgang til sundhedsvæsenet, som kan bidrage til at sikre både en bedre behandling og forebyggelse i fremtidens sundhedsvæsen, som vil være præget af flere patienter med kroniske sygdomme, multisyge patienter og ældre patienter, som lever længere.

Dansk Erhverv finder det positivt, at lovforslaget sigter efter at skabe tydelige rammer for, hvad det almenmedicinske tilbud skal rumme af opgaver, og at det almenmedicinske tilbud skal tilpasses efter patienternes lokale behov. Et særligt positivt element er, at regionsrådene får udvidede rammer for at indgå lokale aftaler med leverandører, der er villige til at påtage sig opgaverne med at sikre almenmedicinske tilbud til patienter med større og mere komplicerede sygdomsforløb og dermed et større behandlingsbehov.

Hvis det almenmedicinske område skal leve op til målsætningen om at skabe et stærkt nært sundhedsvæsen i yderområderne, er det en afgørende forudsætning, at der er en bred vifte af nære sundhedstilbud, så patienterne har mulighed for at skifte læge, hvis ikke samarbejdet fungerer. Dette understreges af en kortlægning, som analysefirmaet BDO leverede i forbindelse med forarbejdet til Sundhedsstrukturkommissionen. Af analysen fremgår det, at det vigtigste element fra et patientperspektiv er, at patienten kan vælge frit mellem forskellige praksis med et ensartet højt kvalitetsniveau ¹

¹ 02Analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis - august 2023.pdf side 6

Det er derfor en forudsætning, at der er fri konkurrence mellem de forskellige leverandører, da det netop giver incitament til nye og innovative modeller, der kan løfte kvalitetsniveauet på det almenmedicinske område til patienternes bedste. At fastlåse lovgivningen i en favorisering af en bestemt type af leverandør, vil derfor blot risikere at forlænge de aktuelle udfordringer og øge de demografiske skel mellem yderkanterne og universitetsbyerne.

Dansk Erhverv finder det derfor problematisk, at der i lovforslaget, på trods af dets målsætning om at inddrage private aktører og anvende flere klinikformer – samtidig implementeres lovgivning, som favoriserer regionernes egne klinikker. Af lovforslaget fremgår det, at udbud af praksisdrift skal gennemføres på objektive og ikke diskriminerende vilkår. Alligevel fremgår det samtidig af lovteksten, at regionerne fremover vil have mulighed for at oprette egne klinikker uden foregåede udbud. Der er dermed et indbygget paradoks, hvor målsætningen er øget offentlig-privat samarbejde, mens lovgivningen reelt styrker regionernes mulighed for at hjemtage opgaver.

Endvidere fremgår det, at eventuelle private udbud vil kunne forkastes ud fra en sammenligning med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Dansk Erhverv mener derfor, at loven helt grundlæggende ikke sidestiller klinikformer objektivt, da regionsklinikker kan etableres uden hensyn til økonomi og kvalitet.

Specifikke bemærkninger

3.1. National fastsat opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud

Dansk Erhverv ser overordnet positivt på den foreslåede ordning med indsættelse af en ny §57 1 i Sundhedsloven og den nye bestemmelse i Sundhedslovens §57 1 stk. 1 om, at krav og opgaver i det almenmedicinske tilbud fastsættes i en national fastsat opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud.

Det er Dansk Erhvervs opfattelse, at det almenmedicinske område har været udfordret, grundet uklare rammer for, hvilke opgaver området er omfattet af, og hvordan disse bør prioriteres. Dansk Erhverv ser derfor positivt på, at opgavebeskrivelsen og basisfunktionen skaber klare rammer for det almenmedicinske område, så specifikke sygdomme eller patientgrupper ikke risikerer at blive nedprioriteret som følge af usikkerhed om rammerne i praksisoverenskomsten. Derfor støtter Dansk Erhverv også intentionen om, at basisfunktionen som udgangspunkt ikke skal genforhandles på årsbasis.

Dansk Erhverv finder det desuden positivt, at der etableres en basisfunktion, som gør det muligt at opretholde en solid regulatorisk ramme om solopraksis, mens der vil kunne indgås særskilte aftaler med regionerne, såfremt en aktør ønsker at etablere nye og innovative tiltag, som eksempelvis udvidede åbningstider, eller nye og mere effektive løsninger på komplicerede opgaver i geografiske områder med en større koncentration af patienter med kroniske sygdomme og/eller multisyge patienter.

Dansk Erhverv finder det meget positivt, at det i både basisfunktionen og den nationale opgavebeskrivelse fremgår, at aktørerne skal indgå i forpligtende samarbejder, og at faglig understøttelse

og udvikling skal foregå på et forskningsbaseret og dataunderstøttet grundlag. Dansk Erhverv forstår et forpligtende samarbejde således, at offentlige og private aktører i almen praksis, som praktiserer efter den nationale opgavebeskrivelse og/eller basisfunktionen, vil have mulighed for at tilknytte uddannelseslæger og deltage i kvalitets- og uddannelsessamarbejde uanset ejerskabskonstruktion eller eventuelle samarbejdsaftaler med eksterne aktører.

3.2. Aftale om vilkår for alment praktiserende læger

3.2.3.1 Aftale om vilkår for praktiserende læger

Dansk Erhverv ser positivt på, at praksisoverenskomsten erstattes af en national aftale om vilkår for praktiserende læger, da det vil sikre en solid ramme om almen praksis, som løbende vil kunne justeres i samarbejde med branchen. Dansk Erhverv forstår desuden lovteksten således, at aftalen som udgangspunkt er leverandørneutral, da aftalen skal indgås med *en organisation, som repræsenterer praktiserende læger*

3.2.3.2. Lokale aftaler

Dansk Erhverv ser positivt på muligheden for at indgå lokale aftaler, da dette blandt andet vil bane vejen for at kunne levere skræddersyede tilbud til patientgrupper med større behandlingsbehov. Dansk Erhverv ser derfor også et stort potentiale i indgåelsen af lokale aftaler i forbindelse med udmøntningen af kronikerpakkerne.

Dansk Erhverv må dog igen notere, at lovteksten efterlader stor tvivl om, hvorvidt regionsklinikker skal leve op til de samme objektive kriterier som private aktører, der ønsker at indgå lokale aftaler med regions- og sundhedsråd, eller om regionsklinikker blot vil kunne oprettes ud fra f.eks. et ideologisk ønske om, at det offentlige skal have en større markedsandel på det almenmedicinske område.

3.2.3.3. Honorarstruktur for det almenmedicinske tilbud

Dansk Erhverv bakker op om, at der etableres en ny honorarstruktur, som tager udgangspunkt i behandlingsgrundlaget hos de respektive patientgrupper. Dansk Erhverv opfordrer til, at den nye honorarstruktur skabes på baggrund af et solidt datagrundlag i tæt dialog med alle relevante offentlige og private aktører, som har erfaring med de mest behandlingstunge patientgrupper. Dette vil bidrage til, at honorarerne for så vidt muligt afspejler de aktiviteter, der vil være forbundet med patientgrupper med større og mere komplicerede behandlingsbehov.

3.3. Ny lovstruktur for bestemmelser vedrørende etablering af almenmedicinske tilbud

Dansk Erhverv finder det overordnet positivt, at regionsrådene skal lægge vægt på kvalitet i valget af leverandør i forbindelse med udbudsprocesser. Det er dog afgørende, at kvalitetsparametrene bliver databaserede og udarbejdet i samarbejde mellem det offentlige og private, så de afspejler et bredt hensyn og ikke favoriserer bestemte klinikformer.

Kapitel 13c §227 stk. 3 og 4 – behov for lige konkurrencevilkår

Det fremgår, at regionsrådet kan udbyde drift af praksis, og at *udbud efter stk. 3 skal foregå på åbne, objektive og ikke-diskriminerende vilkår og skal tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning².*

Endvidere fremgår det, at regionsrådet, jf. stk. 5 *kan etablere og drive en klinik, som leverer almenmedicinske ydelser, jf. § 60, stk. 1 og 2. Personer i sygesikringsgruppe 1 kan, jf. § 59, vælge de almenmedicinske tilbud, der er drevet af regionsrådet.³*

Dansk Erhverv betragter adskillelsen af de to punkter som udtryk for, at der ikke er tale om en sidestilling mellem private aktører i almen praksis og regionsklinikker, da regionsklinikkerne kan oprettes uden foregående udbud, og at en udbudsproces kan tolkes som et aktivt tilvalg for regionsrådet. Regionsrådene får dermed et værktøj til at prioritere f.eks. ideologiske hensyn over økonomiske og kvalitetsmæssige hensyn i tilrettelæggelsen af rammerne for almen praksis.

Dansk Erhverv noterer samtidig, at sammenligningsgrundlaget i udbudssituationer er opstillet problematisk, da private aktørers tilbud skal sammenlignes med, hvad et tilsvarende tilbud vil koste i den offentlige sektor. Sammenligningsgrundlaget er af afgørende betydning, da private aktørers tilbud vil blive holdt op imod udgifterne til regionsklinikkerne, som efter de nuværende regler ikke skal betale lønsumsafgift, forsikringer eller gebyr til Styrelsen for Patientsikkerhed. Samtidig lægger flere regioner op til at sprede administrationen af lægeklinikkerne ud over flere lokationer, blandt andet på Odense Universitetshospital og Holbæk Hospital. Dermed får regionerne mulighed for at sprede udgifterne til regionsklinikkerne ud over flere budgetter og dermed skabe et uigennemsigtigt økonomisk grundlag, hvor direkte omkostninger til regionsklinikkerne kan udelades fra det samlede regnestykke.

Dansk Erhverv finder ovenstående praksis yderst problematisk og som et udtryk for en uhensigtsmæssig favorisering af regionsklinikkerne, hvilket virker i strid med forslagets intention om at udbrede flere klinikformer. Tværtimod har sundhedsministeren i et indlæg i Berlingske understreget, at regionsklinikkerne er en nødløsning.⁴

Dansk Erhverv opfordrer derfor til, at det præciseres, at der i forbindelse med indgåelse af kontrakter om drift almen praksis, skal være et tydeligt og objektivt sammenligningsgrundlag mellem regionsklinikker og private aktører, som følger OECD's anbefalinger for prisgennemsigtighed. Dette medfører også, at regionsklinikker skal forpligtes til at angive specifikke udgifter relateret til selvforsikring og administrative udgifter på andre lokationer udenfor klinikken. Ligeledes bør regionsklinikkerne også underlægges krav om betaling af gebyr til Styrelsen for Patientsikkerhed.

Endeligt opfordrer Dansk Erhverv til, at det i lovteksten specificeres, at regionsklinikker skal leve op til de samme kvalitets- og kontinuitetskrav som private aktører, og at regionsklinikkerne, både før og efter etablering, skal kunne dokumentere, at de lever op til disse krav.

² SUU Almdel Bilag 352 Udkast til lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbudpdf side 3

³ SUU Almdel Bilag 352 Udkast til lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbudpdf side 3

⁴ Sophie Løhde: Vi ønsker hverken at detailstyre lægernes arbejde eller fjerne enhver form for selvbestemmelse for den enkelte læge

3.5. Opfølgning på nationale krav over for de almenmedicinske tilbud og etablering af praksisklagenævn

Dansk Erhverv hilser udspillet mål for opfølgning på nationale krav over for de almenmedicinske tilbud velkommen, da det bidrager til at skabe klare forventninger til det almenmedicinske område. Ligeledes er det positivt, at det nye praksisklagenævn baserer sig på uvildighed med to uvildige dommere som nævnets formandskab samt krav om, at medlemmer af nævnet ikke må varetage politiske poster i foreninger med tilknytning til området.

Dansk Erhverv anbefaler dog, at nye medlemmer af praksisklagenævnet bør redegøre for eventuelle økonomiske interesser i foreninger med arbejdsgiver- eller ejerskabsinteresser i det almenmedicinske område.

Dansk Erhverv anbefaler, at Praksisklagenævnet ikke deler sekretariat med Danske Regioner eller andre kommercielle aktører på det almenmedicinske område. Såfremt, at dette alligevel måtte ske, forventer Dansk Erhverv, at sekretariatet vil være tydeligt adskilt fra Danske Regioners øvrige aktiviteter på det almenmedicinske område.

Dansk Erhverv støtter intentionen om, at tvister skal kunne løses i mindelighed, men understreger, at den vigtigste prioritet for bør være at sikre en uvildig sagsbehandling, så eksempelvis ikke pressehensyn eller andre omdømmerelaterede spørgsmål risikerer at influere på nævnets tilgang til sager.⁵

Dansk Erhverv stiller sig naturligvis til rådighed for yderligere bemærkninger.

Med venlig hilsen

Katrina Feilberg
Branchedirektør

⁵ 140 læger taget i klokkeklart regelbrud: Nu er flere af sagerne strandet - Dagens Medicin

August 2025

Høringssvar fra Dansk Kiropraktor Forening over udkast til Lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Dansk Kiropraktor Forening (DKF) vil gerne takke for muligheden for at komme med et hørings-svar til ændring af sundhedsloven vedr. ny organisering af det almenmedicinske tilbud. DKF har ingen bemærkninger til høringen.

Såfremt de organisatoriske ændringer af det almenmedicinske tilbud får konsekvenser for den øvrige del af praksissektoren – herunder kiropraktorerne - ønsker DKF sig inddraget.

Med venlig hilsen



Michael Christensen
Formand, Dansk Kiropraktor Forening

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Gro Kari Holen (GKH@SUM.DK), Annika Bonde (annb@sum.dk)
Fra: Vibeke Gottlieb (vibeke.gottlieb@regionh.dk)
Titel: Vedr. LVS - Frist den 21. august kl. 12.00: Offentlig høring af lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud
E-mailtitel: Vedr. LVS - Frist den 21. august kl. 12.00: Offentlig høring af lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud((ISM) Id nr.: 361238)
Sendt: 21-08-2025 08:25

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til rette vedkommende

Vi takker fra lungemedicinsk selskabs side for muligheden for at kommentere på udkastet til ændring af sundhedsloven med indførelse af en national opgavebeskrivelse for det almen-medicinske tilbud.

Som lungemedicinere er vi i høj grad afhængige af et godt og tæt samarbejde med almen praksis. Der er ofte en glidende overgang mellem behandlinger i primær sektoren og sekundær sektoren og en stor del af patienter med lungesygdomme håndteres udelukkende i almen praksis.

Et ensartet tilbud på tværs af regioner, kommuner og snart sundhedsråd er af afgørende betydning, både nu og fremadrettet, hvor almen praksis i endnu højere grad forventes at spille en aktiv rolle i den løbende håndtering af patienter med kronisk lungesygdom.

Vi støtter derfor op om sundhedsmyndighedernes mulighed for at stille krav til almen praksis i forhold til de leverede ydelser og ligeledes muligheden for at følge op på både kvalitets og aktivitets data.

Med strukturreformen lægges op til styrkelse af det nære sundhedsvæsen med fokus på "egen" læge / familie lægen som en central aktør. Denne funktion er essentiel og forventes styrket yderligere.

Det er derfor afgørende at almen praksis, udover at levere et ensartet udbud af ydelser, også fremover vil være en attraktiv arbejdsplads for den store gruppe af kolleger der vælger almen medicin som speciale. Uden ovennævnte vil det være svært at opretholde en "egen" læge eller familie læge som central aktør.

På vegne af Dansk Lungemedicinsk Selskab

Vibeke Gottlieb
Ledende overlæge

Amager og Hvidovre Hospital
Afdeling for Lunge, Hormon og Stofskiftesygdomme Direkte tlf.: 24 40 29 95 / 38 62 05 97 / 22 63 66 08

E-mail: vibeke.gottlieb@regionh.dk

Amager og Hvidovre Hospital
Tlf.: +45 38 62 38 62
Web: www.hvidovrehospital.dk
Web: www.amagerhospital.dk
Tlf.: +45 38 62 38 62
Web: www.hvidovrehospital.dk

Høringssvar til lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 1. juli 2025 sendt forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almen-medicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.) i høring.

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Overordnede bemærkninger

- Aftalesystemet sikrer en tæt forankring til - og ansvar for – at drive praksisområdet effektivt og sikre den nødvendige udvikling
- Udvikling af praksisområdet og samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen er bærende i den kommende udvikling af sundhedsvæsenet
- Praksissektoren arbejder allerede i dag med kvalitetsdata og det er et væsentligt element i den gældende overenskomst for psykologer

Dansk Psykolog Forening fokuserer i dette høringssvar på betydningen af regeringens ønsker om en smallere model af aftalesystemet og hvad det overordnet kan betyde for samarbejdet med praksissektoren.

Overenskomster med praksissektoren er vigtige i fremtidens sundhedsvæsen

Overenskomsterne faciliterer et fælles ansvar for at udvikle rammerne for ydernummerholdernes arbejde og sikre høj faglighed og praksisnær forankring i løsninger for borgere og patienter. Når der indgås aftaler mellem RLTN og de forhandlingsberettigede organisationer, sikres der et hensyn til begge parter interesser, ligesom begge parter har ejerskab og ansvar for implementering af den indgåede aftale.

Dansk Psykolog Forening er helt overordnet set meget forbeholden for, at man vælger at lovgive på et område, hvor der er en lang og stærk tradition for at lave aftalebaserede løsninger, som Dansk Psykolog Forening finder afgørende i indretningen af fremtidens sundhedsvæsen. De aftalebaserede løsninger gælder ligeledes for psykologer i "Overenskomst om Psykologbehandling", og det er Dansk Psykolog Forenings vurdering, at netop aftalemodellen er med til at sikre, at alle fagpersoner med ydernummer tilslutter sig arbejdsopgaverne og understøtter, at de rigtige incitamenter er til stede.

Det aftalebaserede system betyder, at det offentlige får en omkostningseffektiv indsats i det nære mentale sundhedsvæsen af høj faglig kvalitet.

De selvstændige psykologer driver klinikker på praksisområdet med stor ansvarsfølelse og høj faglighed, der sikrer udviklingen af behandlingstilbud med effektivitet og kvalitet i indsatsen. Psykologernes klinikker drives tillige med et stærkt blik for lokale hensyn og tilgængelighed.

National opgavebeskrivelse

Dansk Psykolog Forening mener, at det vil være uhensigtsmæssigt at adskille den

faglige opgavebeskrivelse fra vilkår og økonomi – herunder honorarsystemet - i aftalesystemet. En national opgavebeskrivelse bør ikke gribe ind i denne planlægning, såsom åbningstider, kontaktformer, fysiske adgangsforhold mv. som bør forblive et overenskomstanliggende.

Samarbejde er afgørende i det nære sundhedsvæsen

Lovforslaget vil styrke den almene læges rolle, herunder at lægerne i fremtiden skal varetage en endnu større del af behandlingen tæt på borgerne. Lovforslaget beskriver, at kapaciteterne og kompetencerne i det almen medicinske tilbud skal udbygges.

Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på, at samarbejdet mellem almen praksis og ydernummerpsykologer i praksissektoren om behandling af mental mistrivsel og psykiske diagnoser med fordel kan styrkes og bør beskrives som en del af den nationale sundhedsplan. Vi bidrager meget gerne til denne udvikling.

Regional adgang til kvalitetsdata

Med lovforslaget foreslås nye regler - et styrket lovmæssigt grundlag - der skal sikre regionerne yderligere adgang til data på klinikniveau om fx kvalitet mv. Data skal give regionerne mulighed for at følge op på efterlevelse af krav og med mulighed for sanktion.

Det er uklart, hvilken type af kvalitetsdata der her tænkes på, og hvad der ønskes.

Praksissektoren arbejder allerede i dag med kvalitetsdata, der indsamles og bruges til at vurdere og forbedre kvaliteten af de ydelser, der leveres af privatpraktiserende med ydernummer. Det er et væsentligt element i den gældende overenskomst for ydernummerpsykologer at arbejde med datadeling og forbedring af kvalitet. I dag arbejder ydernummerpsykologerne i faglige fællesskaber (klyn-ger), som mødes og arbejder med kvalitetsdata og kvalitetsudvikling. Kvalitetsdataene bruges her til at identificere områder med behov for forbedring, understøtte kvalitetsudvikling og arbejde med at sikre ensartethed og sammenhængende patientforløb i psykologpraksis.

Herudover leverer praksissektoren på udvalgte områder også data til de kliniske kvalitetsdatabaser.

Det er vigtigt at understrege, at Styrelsen for Patientsikkerhed er ansvarlig for at gennemføre tilsyn med behandling og patientsikkerhed hos de sundhedsprofessionelle i praksissektoren også ift. eventuelle sanktioner. I den forbindelse skal det nævnes, at psykologerne per. 1 januar 2026 sundhedsau-toriseres.

Dansk Psykolog Forening vurderer på den baggrund, at kvalitetsarbejdet og -udviklingen, både for læger og psykologer, bedst forankres i overenskomsten. Det sikrer relevans af kvalitetsparametre, og lokalt ejerskab til opgaven gennem aftale om overordnede formål med arbejdet samt fælles finansie-ring via de fonde, som er etableret på tværs af praksisområderne.

Vedrørende: Offentlig høring af lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO) takker for muligheden for at kommentere på lovforslaget om ny organisering af det almenmedicinske tilbud.

Vi er enige i, at det er vigtigt at nytænke organiseringen af almen praksis, så den bedre kan imødekomme de nye udfordringer og opgaver, der følger af sundhedsreformen og Kræftplan V. Især er vi optagede af, hvordan vi sikrer, at alle kræftpatienter har adgang til en almen praksis, der er rustet til at håndtere de mange kontakter, der er nødvendige under og efter et kræftforløb.

Vi støtter derfor forslaget om en national opgavebeskrivelse og basisfunktion, der kan sikre ensartethed og kvalitet i det almenmedicinske tilbud. Det er dog afgørende, at denne opgavebeskrivelse tager højde for de specifikke behov, som kræftpatienter har. Vi vil gerne understrege, at lovforslaget bør understøtte regional ensartethed i behandling og opfølgning af kræftpatienter og fremme et optimalt samarbejde mellem primær og sekundær sektor.

Vi anerkender PLO's bekymringer vedrørende rekruttering til specialet, og vi har forståelse for bekymringerne i almen praksis vedrørende sanktionsmuligheder, ankemuligheder og ekstra opgaver. Vi opfordrer ministeriet til at adressere disse bekymringer og sikre, at lovforslaget ikke skaber unødvendige byrder for almen praksis.

Vi opfordrer ministeriet til at tage højde for disse overvejelser i det videre arbejde med lovforslaget.

På vegne af DSKO bestyrelsen

Anders Krog Vistisen

Næstformand, Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

Cheflæge, Afdeling for Kræftbehandling, Aalborg Universitetshospital



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

August 2025

Høringssvar fra Dansk Sygeplejeråd vedr. Lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almen-medicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.)

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til Lov om ændring af sundhedsloven.

Sygeplejersker i front i almen praksis bidrager til at indfri ambitionerne i reformen

Med reformen får det almen medicinske tilbud en mere udadvendt rolle, større ansvar for den samlede patientpopulation og nye opgaver – bl.a. ansvaret for kronikerpakkerne. Dansk Sygeplejeråd bakker op om lovens formål om at styrke de nære sundhedstilbud i hele landet, så flere patientforløb håndteres uden for hospitalerne.

Men Dansk Sygeplejeråd finder også, at hvis hospitalerne for alvor skal aflastes af de nære sundhedstilbud, så kræver det et kapacitets- og kompetenceløft, så klinikken samlet set kan modtage flere patienter med kroniske sygdomme.

En konsultationssygeplejerske kan tage ansvaret for forløbskoordinationen og fungere som specialiseret sparringspart for andre sundhedsaktører i det nære sundhedsvæsen, herunder den kommunale sygepleje, akutsygeplejen, bosteder og plejehjem. For at sikre let og lige adgang til de nære sundhedstilbud, er der bl.a. brug for mere tværfagligt samarbejde i almen praksis, der også gentænker roller og arbejdsdeling i klinikken.

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at lovforslaget også indeholder følgende forhold:

1) Måltal for flere sygeplejersker i klinikken

Hvis ambitionen er at gå fra 3500 praktiserende læger i dag til 5000 praktiserende læger i 2035, så mener Dansk Sygeplejeråd, at almen praksis med fordel kan organiseres i større enheder. Det vil give mulighed for, at flere sygeplejersker kan specialisere sig inden for sygdomme og tilstande, som ofte ses i klinikken, og som i stigende grad

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

skal håndteres i det nære sundhedsvæsen. Med større klinikker og flere sygeplejersker i samme klinik kan patienter med forløb i kronikerpakkerne tilknyttes en sygeplejerske, der har specialkompetence.

2) Opgavebeskrivelse for sygeplejersker i almen praksis

I mange klinikker har konsultationssygeplejersker allerede i dag egne konsultationer og ansvar for forløbskoordination for mennesker med kroniske sygdomme. Derudover udfører de tidlig opsporing af sygdomme, vaccinationer, tager blodprøver og yder rådgivning om forebyggelse, medicin, sygdomsmestring mv.

Der er stadig et stort potentiale for at udvide antallet af konsultationssygeplejersker og deres opgaver. Det vil lette adgangen til almen praksis for borgere i hele landet og frigive tid hos lægen til de mest komplekse patienter. Det kan fx gøres ved at oprette deciderede sygeplejespor i almen praksis for de patienter, der ikke har behov for at blive set af lægen. Her kan der eventuelt også være plads til, at nogle patienter kan møde op uden tidsbestilling. Det vil også mindske ulighed i sundhed for de mere sårbare patienter, som kan have svært ved at planlægge og holde struktur i deres hverdag.

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at lovforslagets §57 om national opgavebeskrivelse suppleres med en ikke-udtømmende liste med opgaver, som konsultationssygeplejersker kan varetage i almen praksis. Det vil tydeliggøre potentialet i at ansætte sygeplejersker og samtidig vise hvilke opgaver, som sygeplejersker kan løse i klinikken.

3) Strategi for kompetenceløft af konsultationssygeplejersker

I lovforslagets §57 fremgår det, at krav og opgaver til det almen medicinske tilbud fastsættes i den nationale opgavebeskrivelse. Dansk Sygeplejeråd foreslår, at den nationale opgavebeskrivelse også bør indeholde en formulering om, at den enkelte praktiserende læge er forpligtet til at sikre de rette og nødvendige kompetencer hos praksispersonalet.

De opgaver, som konsultationssygeplejerskerne i dag løser, kræver specialiserede kompetencer. Derfor bør der oprettes en specialuddannelse til konsultationssygeplejersker. Det vil kunne understøtte almen praksis i at tage ansvar for langt flere og mere komplekse patienter - fx kronikerindsatsen. En specialuddannelse vil styrke konsultationssygeplejerskernes kompetencer inde for fx tværsektorielt samarbejde, kroniske sygdomme, multisygdom, tidlig opsporing, kvalitetsudvikling og klinisk lederskab – alt sammen noget, der aflaster lægen og højner tilgængeligheden til klinikken.

4) Almen praksis har et særligt ansvar for borgere med de mest komplekse forløb

Vi ved at de 3-5 % mest komplekse forløb står for knap 20 % af udgifterne i sundhedsvæsenet. De mest komplekse forløb er ofte kendetegnet ved mange kontakter til sundhedsvæsenet – både før og efter

en indlæggelse. Almen praksis skal med reformen også tage et større forløbsansvar for denne gruppe af særligt komplekse forløb. Dansk Sygeplejeråd forslår derfor, at der i almen praksis ansættes sygeplejersker uddannet som APN-sygeplejersker (Advanced Practice Nursing) til at skabe overblik og sammenhæng. APN-sygeplejersker er netop uddannet til at analysere og opdele de komplekse forløb og få de rette sundhedsindsatser ind på det rigtige tidspunkt. Det sparer sundhedsvæsenet for mange ressourcer og unødige besøg og er til stor gavn for den enkelte borger med et komplekst sygdomsbillede.

DSR står naturligvis til rådighed for uddybning og dialog om vores forslag til justering af lovforslaget.

Med venlig hilsen



Kristina Robins
2. Næstforkvinde i Dansk Sygeplejeråd



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotsholmsgade 10-12

DK-1216 København K

Høringssvar til høring af lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Danske Fysioterapeuter takker for høring af lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud.

Lovforslaget indebærer, at det aftalemæssige system, hvor RLTN og den forhandlingsberettigede organisation på almen lægeområdet indgår overenskomster, begrænses til at omhandle økonomi og vilkår for lægerne, men ikke den faglige udvikling, der skal følge den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse og basisfunktion.

Dette giver anledning til den overordnede bemærkning, at aftalesystemet på fysioterapiområdet inkl. den faglige udvikling har stor værdi for udviklingen af området og er velfungerende og ambitiøst i forhold til udvikling af kvalitet og de faglige tilbud. Danske Fysioterapeuter bidrager som faglig organisation og med sit faglige bagland i udpræget grad til udviklingen af området. Foreningen oplever, at myndigheder og Danske Fysioterapeuter har en fælles interesse i dette aftalebaserede samarbejde som grundlag for udviklingen af området.

Lovforslaget indeholder også, at myndighederne får mulighed for at træffe de afgørelser, som hidtil er truffet i samarbejdsudvalgssystemet, og at der skal etableres et praksisklagenævn og med mulighed for, at afgørelser i klagesager efterfølgende kan indbringes for domstolene.

Danske Fysioterapeuter har her den bemærkning, at samarbejdsudvalgssystemet på fysioterapiområdet vurderes at være velfungerende. Foreningens repræsentanter både regionalt og centralt bestræber sig på at træffe afgørelser, som først og fremmest er loyale over for overenskomsten. Dette er en forudsætning for, at systemet kan fungere.

Foreningen arbejder for at sikre, at der træffes fair afgørelser, også for fysioterapeuterne, men dette må ikke betragtes som "medlemspleje". Når der er opstået mere principielle spørgsmål, har foreningen arbejdet for at finde løsninger på det, herunder ved fortolkninger og justeringer af regler. Løsninger som er bindende for alle parter. Foreningen betragter dette samarbejdssystem som langt mere velfungerende end et system, hvor sager i sidste ende føres ved domstolene.

I forhold til skærpelsen af reglerne for, hvor mange klinikker en læge kan eje og ambitionen om at sikre, at sundhedskoncerner ikke overtager kontrollen

Dato:

14-08-2025

Email:

jpv@fysio.dk

Tlf. direkte:

3341 4618

med ydernumrene, har Danske Fysioterapeuter den samme ambition på fysioterapiområdet.

Foreningen ønsker derfor snarest muligt at indgå aftale med RLTN om at skærpe reglen i fysioterapioverenskomsten fra 6 til 3 klinikker. Det er dog nødvendigt, at vi samtidig får den samme regel som på almen lægeområdet vedr. ejerskab, hvis praksisformen er Aps, nemlig at Aps'et skal være ejet 100 pct. af en eller flere ydere med ydernummer. Ellers vil reglerne kunne omgås, og der vil være en alvorlig risiko for fortsat koncentration af ejerskab og etablering af sundhedskoncerner på området.

Danske Fysioterapeuter ser med interesse på reglen om, at regionen inden for en frist skal forhåndsgodkende en ejer med henblik på, at myndigheden, inden overtagelsen af en klinik, får mulighed for at kontrollere, at bl.a. forhold om ejerskab lever op til gældende krav. Foreningen ønsker derfor en dialog med RLTN om mulighederne for at indarbejde noget lignende i overenskomsten på fysioterapiområdet.

Vi har ingen yderligere bemærkninger til lovforslaget og står selvfølgelig til rådighed, i fald ministeriet ønsker vores høringssvar uddybet.

Med venlig hilsen

Jeanette Præstegaard

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

E-mail: sum@sum.dk, cc: gkh@sum.dk og annb@sum.dk

Høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar til det fremsendte udkast til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud.

Lovforslaget er en del af lovpakke 2 til udmøntning af Aftale om sundhedsreform 2024. Med forslagene lægges der op til at styrke det nære sundhedsvæsen gennem en mere ensartet ramme for det almenmedicinske tilbud, bedre tilgængelighed og kvalitet for patienterne samt en stærkere integration af almen praksis i det samlede sundhedsvæsen.

Danske Patienter finder generelt, at lovforslaget afspejler de politiske intentioner og sundhedsstrukturkommissionens ekspert anbefalinger, som vi også tidligere har givet vores opbakning til. Derfor bakker vi overordnet set op om lovforslaget, men har også forslag til mindre justeringer, der har til formål at sikre, at det fremgår tydeligt, at de almenmedicinske tilbud skal udvikles i et tæt samspil mellem myndigheder, fageksperter og patienterne.

Danske Patienter mener, at de selvstændigt praktiserende læger også fremover skal udgøre kernen af det almenmedicinske tilbud. De har potentialet til at sikre høj faglig kvalitet, kontinuitet og ressourceeffektiv behandling, og vi ved, at rigtig mange patienter er tilfredse med deres praktiserende læge. På trods af et stærkt fundament er der samtidig udfordringer med at sikre ensartet kvalitet, tilstrækkelig tilgængelighed og sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsen.

På baggrund af en grundig analyse af sundhedsvæsenets udfordringer har Sundhedsstrukturkommissionen i sin rapport fra 2024 identificeret en række barrierer for udvikling i den nuværende organisering af det almenmedicinske tilbud. Ekspertterne peger på, at der i den nuværende organisering er begrænset politisk styring, langsom udviklingstakt og manglende sammenhæng mellem opgaver og honorering. Dette lovforslag adresserer flere af disse udfordringer ved at skabe en mere ensartet ramme, tydeligere ansvarsplacering og bedre muligheder for strategisk udvikling af området.

Ny aftale om vilkår for alment praktiserende læger

Lovforslaget lægger op til en ny, smallere aftalemodel, der primært

Danske Patienter er paraply for patient- og pårørendeforeninger i Danmark. Danske Patienter har 28 medlemsforeninger, der repræsenterer 109 patientforeninger og 900.000 medlemmer: Alzheimerforeningen, Amputationsforeningen, Astma-Allergi Danmark, Bedre Psykiatri, Colitis-Crohn Foreningen, Dansk Søvnnapnø Forening, Depressionsforeningen, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Fibromyalgi- & Smerteforeningen, Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskaade, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskaedeforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Lungeforeningen, Muskelsvindfonden, Nyreforeningen, Osteoporoseforeningen, Parkinsonforeningen, Patientforeningen Fertilitet og Tab, PolioForeningen, Scleroseforeningen, SIND, Sjældne Diagnoser, UlykkesPatientForeningen og Øjenforeningen.

Dato:
21. august 2025

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
ml@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/8

regulerer de økonomiske vilkår for alment praktiserende læger. Modellen skal understøtte, at udviklingen af det almenmedicinske tilbud forankres i en samlet sundhedsstrategisk ramme, hvor politisk fastsatte mål, kombineret med faglig viden om almen praksis og indsigt i patienternes behov, sætter retningen for udviklingen. Med nationalt fastlagte opgaver og ansvar, og et tydeligt politisk ansvar for retningen, bliver det lettere at styrke samarbejdet på tværs af sektorer og sikre, at ressourcerne anvendes målrettet.

Danske Patienter bakker op om denne ændring, som kan bidrage til en mere smidig og gennemskuelig ramme, der understøtter en målrettet udvikling af det almenmedicinske tilbud og styrker dets integration i det samlede sundhedsvæsen. Det er samtidig afgørende for borgere og patienter, at der er et tydeligt politisk ansvar for udviklingen af sundhedsvæsenet – herunder almen praksis – og med de foreslåede ændringer lægges der op til en bredere dialog og entydigt politisk ansvar.

National opgavebeskrivelse og basisfunktion

Med lovforslaget indføres en national opgavebeskrivelse og basisfunktion, som fastlægger både myndighedsrettede og klinikrettede opgaver og krav i det almenmedicinske tilbud. Basisfunktionen skal beskrive de funktioner, opgaver, kompetencer, udstyr, tilgængelighed og samarbejdsforpligtelser, som alle klinikker skal leve op til, herunder tovholderfunktionen, differentierede indsatser for patienter med særlige behov, systematisk efteruddannelse, kvalitetsarbejde, akuttider, kontinuitet i forløb og hensigtsmæssige fysiske adgangsforhold. Opgavebeskrivelsen skal blandt andet indeholde krav til funktioner, der ligger ud over basisfunktionen, som regionerne skal sikre udbuddet af – herunder fasttilknyttede læger på botilbud, krav til tilgængelighed i ydertimer, tværsektorielt samarbejde, understøttelse af diagnostik og specialistrådgivning samt regionernes opgaver med kvalitetsopfølgning, forskning og faglig udvikling.

Danske Patienter ser det som et vigtigt skridt, at der med lovforslaget etableres et samlet nationalt rammeværk, som kan sikre større ensartethed og høj kvalitet i hele landet, og som samtidig giver et fælles afsæt for at udvikle det almenmedicinske tilbud som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen.

Bred inddragelse i udarbejdelse, men ikke i løbende opdatering

Det fremgår af lovforslaget, at indenrigs- og sundhedsministeren vil anmode Sundhedsstyrelsen om at fastlægge den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion med inddragelse af relevante faglige aktører. Vi noterer os, at der allerede er etableret en proces med bred repræsentation af aktører, hvilket giver mulighed for, at kravene udformes på et solidt fagligt grundlag og samtidig afspejler patienternes behov og erfaringer. Når udviklingen sker i åben dialog mellem Sundhedsstyrelsen, regionerne, repræsentanter fra almen praksis, patientrepræsentanter og øvrige relevante parter, øges forudsætningerne for, at opgavebeskrivelsen og basisfunktionen kan

omsættes til løsninger, der fungerer i praksis for hele det almenmedicinske tilbud.

Vi bemærker dog, at lovforslaget kun stiller krav om inddragelse af relevante aktører i forbindelse med den første fastlæggelse af opgavebeskrivelsen og basisfunktionen. Når disse efterfølgende skal opdateres – hvilket lovforslaget lægger op til skal ske med jævne intervaller for at afspejle udviklingen i sundhedsvæsenet – fremgår det alene, at der i opdateringerne skal *“sikres balance mellem kravene i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen og det almenmedicinske tilbuds kapacitet, ressourcer og kompetencer.”* (S. 30-31). Der bør også ved fremtidige opdateringer være en formaliseret proces for dialog og inddragelse af relevante faglige aktører og patientrepræsentanter. Det vil styrke kvaliteten af opdateringerne og sikre, at ændringer gennemføres med et bredt fagligt og patientorienteret afsæt.

Side 3/8

Tidsramme for udarbejdelsen af basisfunktion og opgavebeskrivelse

Lovforslaget sætter en ambitiøs ramme for opgavebeskrivelsen og basisfunktionens formål og effekt, hvilket er positivt. Danske Patienter er dog bekymrede for, om den proces, der er igangsat i Sundhedsstyrelsen, er tilstrækkelig til at indfri ambitionerne fuldt ud. I skrivende stund har 2 ud af 3 planlagte møder allerede været afholdt, og det er vores oplevelse, at der stadig er et stykke vej endnu, før alle nødvendige drøftelser om indholdet i det almenmedicinske tilbud, samarbejdsstrukturer mv. er nået. En (for) kort tidsramme for arbejdet risikerer at gå ud over kvaliteten af indholdet og den fremtidige opbakning til opgavebeskrivelsen fra de centrale parter.

Danske Patienter vil rette henvendelse til Sundhedsstyrelsen herom og vil hermed opfordre indenrigs- og sundhedsministeren til at forlænge tidsplanen, så vi er sikre på, at alle aktører kan se sig selv i det endelige oplæg.

Øget tilgængelighed og mere fleksible åbningstider

Opgavebeskrivelsen vil ifølge lovforslaget skulle fastlægge krav til tilgængelighed i det almenmedicinske tilbud, både inden for basisfunktionen og i udvidede tilbud. Det omfatter blandt andet åbningstider, kontaktformer som telefon- og videokonsultationer, muligheden for akuttider samt kontinuitet i kontakten efter behov.

Tilgængelighed i almen praksis bliver af og til italesat som et serviceparameter, som står i modsætning til kvalitet – herunder blandt andet kontinuitet. Men for patienterne er tilgængelighed ikke et udtryk for god service. For nogle patienter (herunder særligt yngre mennesker og patienter med forbigående sygdom) vægter god tilgængelighed – for eksempel at kunne få en hurtig tid, at kunne få en videokonsultation midt i arbejdstiden eller at kunne få en tid efter normal arbejdstid – væsentlige for oplevelsen af kvalitet i det almenmedicinske tilbud. For andre patienter – særligt dem, som har kroniske eller komplekse sygdomme – har kontinuiteten langt større betydning. Og for nogle patienter kan behovet skifte fra gang til gang. Nogle gange er det vigtigste at kunne få en hurtig tid, andre gange at møde en læge,

patienten kender. Derfor er det helt centralt, at opgavebeskrivelsen understøtter fleksible løsninger for tilgængelighed og visitation, der kan imødekomme patientens konkrete behov her og nu.

Side 4/8

Danske Patienter bakker op om, at opgavebeskrivelsen skal forpligte regionerne til at tilvejebringe bedre tilgængelighed. Mange patienter oplever i dag, at det er vanskeligt at få en hurtig tid, og at åbningstiderne ikke passer med arbejds- eller hverdagsliv. Den store efterspørgsel på ordninger uden for normal åbningstid, herunder lægevagtordningen og private 24/7-ordninger, ser vi som udtryk for, at tilgængeligheden i almen praksis i dag ikke altid matcher patienternes behov.

Vi noterer os, at lovforslaget skelner mellem krav i basisfunktionen og de opgaver, der ligger ud over den. Krav om tilgængelighed i ydertimer samt funktioner som fast lægedækning på plejehjem og botilbud vil efter vores opfattelse blive en del af opgavebeskrivelsen og dermed noget, der lokalt skal forhandles med klinikkerne i regionen. Derudover fremgår det af lovteksten (s. 79), at tilgængelighed og åbningstider skal tilpasses kapaciteten i klinikkerne og leverandørsammensætningen i det almenmedicinske tilbud, så løsningerne kan afspejle både lokale forhold og forskellige patientbehov. Vi læser dette som en klar tilkendegivelse af, at kravene skal fastlægges i dialog med de enkelte klinikker.

Vi forventer derfor, at udvidet åbningstid ikke bliver et krav til alle klinikker. Det er en fornuftig tilgang, som giver fleksibilitet i opgaveløsningen og gør det muligt også for f.eks. soloklinikker at leve op til basisfunktionen.

Vi hæfter os dog ved, at lovforslaget ikke er konsekvent i beskrivelsen af, hvilke opgaver der kan løses gennem lokale aftaler. Ét sted nævnes tilgængelighed i ydertimer m.v.: *“Det vil blandt andet kunne være krav om tilgængelighed i det almenmedicinske tilbud i ydertimer samt krav om at sikre fasttilknyttede lægedækning på plejehjem, sundheds- og omsorgspladser og botilbud samt tilgængelighed for øvrige særligt sårbare og udsatte borgere m.v.”* (s. 27).

Et andet sted nævnes kun pleje- og plejehjemslæger: *“[...] indgå lokale aftaler om opgaver, der er fastlagt i opgavebeskrivelsen og dermed er forpligtende for regionsrådet at tilvejebringe, men som ikke indgår i basisfunktionen, som alle klinikker i udgangspunktet skal leve op til. Det kunne f.eks. være en ordning om plejehjemslæger, som ikke nødvendigvis omfatter alle klinikker i det almenmedicinske tilbud.”* (s. 45).

Vi opfordrer til en mere præcis og ensartet beskrivelse af, hvilke opgaver de almenmedicinske tilbud samlet skal kunne imødekomme ud over basisfunktionen, da det vil skabe større klarhed for både regioner og klinikker.

Endelig noterer vi os, at ordningen med opgavebeskrivelse og basisfunktion ses i tæt sammenhæng med målsætningen om mindst 5.000 praktiserende læger i 2035. Udvidelser af åbningstider og øget tilgængelighed søges implementeret gradvist i takt med kapacitetsudbygningen, så forbedringer af tilgængeligheden går hånd i hånd med opretholdelsen af høj kvalitet.

Tovholderfunktion og sammenhæng i patientforløb

Side 5/8

For Danske Patienter er det helt afgørende, at den nationale opgavebeskrivelse forpligter regionsrådene til at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Patienter – særligt dem med multisygdom og kroniske behov – oplever i dag alt for ofte et fragmenteret sundhedsvæsen, hvor ansvaret for koordinering lander på dem selv. Når almen praksis skal spille en central rolle i et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, kræver det, at der stilles klare krav til, hvordan det tværsektorielle samarbejde skal fungere i praksis.

Vi støtter derfor, at opgavebeskrivelsen skal stille tydelige krav til tovholderfunktionen i almen praksis. Det skal sikre, at patienter med behov for koordination faktisk oplever deres læge som en tovholder, der har overblik over hele forløbet og sikrer sammenhæng mellem indsatser på tværs af hospitaler og kommunale sundhedstilbud. Henvielse til relevante kommunale tilbud – herunder patientuddannelse – bør være en integreret del af samarbejdet, så patienter får adgang til den støtte og de redskaber, der kan hjælpe dem med at mestre hverdagen og forebygge forværring.

Digitale løsninger som f.eks. digitale forløbsplaner kan være et vigtigt redskab til at sikre bedre koordinering og overblik for både patienter og sundhedsprofessionelle. Vi anbefaler, at opgavebeskrivelsen stiller krav om, at sådanne løsninger anvendes systematisk og integreres i samarbejdet på tværs af sektorer. Det vil understøtte deling af sundhedsoplysninger og bidrage til sammenhæng i behandlingsforløbene.

Vi finder det samtidig positivt, at også basisfunktionen skal stille eksplicitte krav til, at alle klinikker i det almenmedicinske tilbud skal indgå i gensidige samarbejder med relevante aktører herunder kommuner, sygehuse, akutberedskab og øvrige praksissektorer. Samarbejdet skal gå begge veje hvor aktørerne skal understøtte hinanden med relevant specialiseret viden og rådgivning. Det vil bidrage til mere stabile og systematiske samarbejdsrelationer på tværs af sundhedsvæsenet og løfte kvaliteten til gavn for patienterne.

Differentieret honorarstruktur

Det er positivt, at der lægges op til en ny honorarstruktur, som differentierer honoreringen af alment praktiserende læger efter patienternes behandlingsbehov. Vi bakker op om, at honorarerne fremover skal tage udgangspunkt i den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter og dermed bidrage til større lighed i sundhed og mere rimelige vilkår for klinikker, der har patienter med stor sygdomstynge. Det er et vigtigt skridt mod en mere ensartet kvalitet i det almenmedicinske tilbud på tværs af landet – også når kapaciteten udvides til 5.000 læger i 2035.

Omlægningen vil betyde, at nogle klinikker får flere patienter end i dag og dermed kan opleve øget arbejdspress. Det kan skabe behov for at

finde nye løsninger i klinikkernes tilrettelæggelse af arbejdet, så opgaverne kan løses, og kvaliteten fastholdes. Dette behov bør understøttes, så patienterne i områder med klinikker med højt patienttal ikke oplever forringet tilgængelighed mv. Omvendt vil klinikker i områder med mange patienter med højt behandlingsbehov få færre patienter, hvilket giver bedre mulighed for at sikre kvaliteten og sammenhængende forløb.

Side 6/8

Det fremgår af bemærkningerne, at parterne i forhandling om en ny honorarstruktur skal forholde sig til, hvordan denne kan understøtte, at det almenmedicinske tilbud skal styrke sin tovholderfunktion, det tværfaglige og -sektorielle samarbejde og understøtte en effektiv prioritering og fokusering af opgaverne. Det er fornuftige forhold, men vi undrer os over, at det ikke fremgår mere tydeligt, at honorarstrukturen også skal understøtte mere sammenhængende patientforløb – både i den enkelte klinik og på tværs af sektorer. Det fremgik af Honorarstrukturrådets anbefalinger, at den nye struktur skulle understøtte et opgør med honorering baseret på enkelttydelser og i stedet fokusere på en model, der fremmer sammenhængende patientforløb. Det bør fremgå af lovforslagets bemærkninger.

Ny lovstruktur for bestemmelser vedrørende etableringen af almenmedicinske tilbud

Som nævnt indledningsvis ser Danske Patienter fortsat de selvstændigt praktiserende læger som kernen i det almenmedicinske tilbud. Samtidig hilser vi det velkomment, at regionerne får mulighed for at supplere med andre driftsformer, herunder udbuds- og regionsklinikker. At disse ikke længere alene er tænkt som midlertidige løsninger, men som reelle og varige tilbud, kan styrke rekrutteringsmulighederne, fordi det åbner for en langsigtet karrierevej i disse klinikformer. Vi vurderer samtidig at det almenmedicinske speciale kan blive mere tiltalende for en bredere gruppe af medicinstuderende, når der er et reelt alternativ for dem, der ikke ønsker at være selvstændigt erhvervsdrivende, men som hidtil ikke har set denne mulighed i almen praksis.

Der har været relativt få målinger af patienttilfredsheden i forskellige typer af klinikker, men i de få målinger, der er lavet, ligger udbuds- og regionsklinikker lidt lavere end privatejede klinikker. Der ligger dog mange nuancer i disse målinger, som ikke altid bliver fremhævet. Erfaringer viser, at det ikke er den konkrete organisationsform, der i sig selv afgør patienttilfredsheden, men i høj grad muligheden for rettidig adgang til behandling og kontinuitet i forløbet. I områder, hvor kapaciteten er under pres, og patienterne har begrænset valgmulighed – både i valg af lægeklinik og i den konkrete visitation – er tilfredsheden ofte lavere. Derfor er det også positivt, at patienter fremover selv kan vælge, om de vil tilknyttes en regionsklinik, da det vil sikre en bedre fordeling af patienterne baseret på præferencer.

Undersøgelser viser, at den største effekt af relationel kontinuitet mellem patient og læge opnås efter 2-3 år i forhold til de sundhedsrelaterede konsekvenser, herunder bl.a. forebyggelige indlæggelser og dødelighed. Denne viden bør inddrages i regionernes arbejde med personalebemanding på regionsklinikkerne. Hvis det kan

gøres attraktivt for en speciallæge i almenmedicin at være ansat ved en regionsklinik i blot 3-5 år, vil man have sikret en stor del af den sundhedsmæssige effekt ved kontinuitet, som ellers ofte siges at være svær at imødekomme i bl.a. regionsklinikker.

Side 7/8

Almenmedicinske tilbud kræver tilstedeværelse af almenmedicinske kompetencer

Med lovforslaget stilles der krav til, *“at det alene er speciallæger i almen medicin, der har adgang til at erhverve et ydernummer”* (S. 50), hvilket er positivt. Vi hæfter os dog ved, at der ikke er et enslydende krav om tilstedeværelse af almenmedicinsk speciallægekompetence, når regionsrådet vælger at udbyde driften af en klinik til en privat leverandør eller etablere en regionsklinik. Der bør gælde ens krav til faglige kvalifikationer på tværs af alle typer almenmedicinske tilbud, og uanset om driften varetages via ydernummer, en privat leverandør eller en regionsklinik, bør der være speciallægekompetence i almen medicin til stede. Ellers risikerer man at skabe forskelle i kvalitet og faglighed afhængigt af driftsform, hvilket vil undergrave målsætningen om et ensartet, højt kvalificeret almenmedicinsk tilbud.

Vi er dog bevidste om, at der i lægedækningstruede områder kan opstå situationer, hvor det ikke er muligt at rekruttere en speciallæge i almen medicin til at bemande et tilbud. Ministeriet bør overveje og beskrive, hvordan man i disse tilfælde vil sikre patienterne adgang til lægehjælp nu og her og hvordan man vil sikre, at der på kort sigt igen kan sikres adgang til et almenmedicinsk tilbud af acceptabel kvalitet. Det kan være ved at oprette en midlertidig akutklinik (uden tilstedeværelse af almenmedicinere), ved at skrue på honoreringen, så det bliver økonomiske mere attraktivt for speciallæger i almen medicin at købe ydernummer/blive ansat ved regionsklinikken eller lignende.

Forhåndsgodkendelse ved erhvervelse af ydernummer

Danske Patienter ser positivt på, at der med lovforslaget lægges op til at reducere antallet af samtidige ejerskaber af ydnumre fra seks til tre. Det kan bidrage til, at klinikejere har en tættere tilknytning til driften af deres klinikker og bedre mulighed for at følge op på kvaliteten og de daglige arbejds gange i hvert enkelt tilbud.

Vi bakker op om, at nye klinikejere skal være rustede til at efterleve de gældende krav i det almenmedicinske tilbud. En ordning med forhåndsgodkendelse kan være et redskab til at understøtte kvalitet og sikre, at nye aktører reelt er klar til at levere efter kravene i basisfunktionen.

Opfølgning og praksisklagenævn

Danske Patienter finder det relevant, at der etableres en tydelig ramme for regionernes mulighed for at følge op på, om de almenmedicinske tilbud lever op til de nationale krav og aftaler. Når almen praksis i stigende grad bliver en større strategisk del af det offentlige sundhedsvæsen og det politiske lederskab bliver mere markant, er det

nødvendigt, at der også findes mekanismer til at sikre efterlevelse af fælles standarder og forpligtelser.

Vi ser positivt på, at der lægges op til, at regionerne i første omgang skal gå i dialog med klinikkerne og tilbyde vejledning og henstillinger, før der træffes egentlige afgørelser og sanktioneres. Det skaber en mere samarbejdsorienteret tilgang og mulighed for læring og justering.

Side 8/8

Samtidig er det vigtigt, at opfølgning og sanktioner håndteres med høj grad af gennemsigtighed. Når regionerne både planlægger, indgår aftaler og fører tilsyn, kan det give anledning til en skæv magtfordeling. Vi støtter derfor oprettelsen af et uafhængigt praksisklagenævn, som kan fungere som en instans ved uenigheder.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør



21-08-2025
EMN-2023-00716
1799946

Høringssvar

Sendt til Indenrigs- og Sundhedsministeriet:

sum@sum.dk

Med kopi til gkh@sum.dk og annb@sum.dk

Høringssvar vedr. lovforslag om almen medicin (lovpakke 2b)

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet har sendt i høring 1. juli 2025.

Lovforslaget omhandler en ny organisering af det almen medicinske tilbud, herunder national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om økonomiske forhold og øvrige vilkår, ændrede bestemmelser vedr. etablering af almen medicinske tilbud samt etablering af nyt praksisklagenævn.

Danske Regioners høringssvar er opdelt således, at der først afgives overordnede bemærkninger, hvorefter der afgives bemærkninger til delementerne i lovforslaget.

Danske Regioners høringssvar er indsendt på vegne af de fem regioner.

Indledende bemærkninger

Det almen medicinske tilbud er en grundsten i det danske sundhedsvæsen, og de praktiserende læger løfter i dag en vigtig opgave for at sikre et nært sundhedstilbud af høj kvalitet til gavn for borgerne.

Det er Danske Regioners ønske, at det almen medicinske tilbud i fremtiden og i takt med, at der kommer flere speciallæger i almen medicin skal varetage flere opgaver og i endnu højere grad kunne hjælpe de borgere, der har de største behandlingsbehov, og som har behov for en tovholder, når de er i kontakt med flere forskellige pleje- og sundhedstilbud.

Danske Regioner kvitterer for, at der med lovforslaget er lagt op til, at man fastholder den nuværende grundmodel, hvor almen medicinske ydelser overvejende leveres af praktiserende læger, der driver klinikker som selvstændige virksomhedsejere.

Danske Regioner og regionerne finder, at de praktiserende læger historisk har medvirket til et effektivt og nært sundhedstilbud, hvor patienterne oplever en høj grad af kontinuitet, og hvor de praktiserende læger har et indgående kendskab til patientens samlede sygdomsbillede, som understøtter behovet for både at forebygge indlæggelser samt at patienterne har en nødvendig tovholder, når man først er i et forløb på tværs af flere sundhedsaktører.

Det er Danske Regioners og regionernes ønske, at der med reformen og lovforslaget skabes grundlag for, at modellen kan fortsætte, og at de praktiserende læger får de nødvendige rammer for at kunne drive og udvikle deres klinikker, uagtet hvor i landet man har klinik.

Danske Regioner vil gerne kvittere for, at aftalepartierne bag aftalen om sundhedsreform 2024 allerede har igangsat vigtige initiativer, der skal sikre flere speciallæger med særligt fokus på de dele af landet, hvor der i dag mangler læger, samtidigt med at der er indført en model for differentiering af patienttal, der tager højde for forskellene i behandlingsbehovet hos patienterne, som det almen medicinske tilbud har tilknyttet.

Differentiering af patientantallet skal sikre, at læger i områder med de mest behandlingskrævende patienter får bedre rammer for at løfte deres opgaver for de tilknyttede patienter. I takt med at der kommer flere speciallæger i almen medicin, vil det ligeledes medføre en generel reduktion i antallet af tilknyttede patienter per læge. Det gavner både borgernes sundhedstilbud og lægernes arbejdsvilkår.

Danske Regioner er ligeledes enige med aftalepartierne i, at der i takt med at der kommer flere speciallæger også fortsat skal investeres betydeligt i almen praksis og det nære sundhedsvæsen, således at ressourcerne følger med til at øge behandlingstilbuddet for den enkelte patient og til at indgå i et tæt samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

For at fastholde og udvikle almen praksis rolle i sundhedsvæsenet i overensstemmelse med ambitionerne i aftalen om sundhedsreformen er der dog også behov for ændringer af, hvordan man drøfter og udvikler de faglige opgaver i almen praksis, og hvordan parterne samarbejder med hinanden. Det er Danske Regioners opfattelse, at det nuværende forhandlingssystem ikke længere er egnet til at kunne håndtere opgaveudviklingen og samarbejdet i det nære sundhedsvæsen.

Forhandlingerne mellem RLTN og PLO har i for høj grad handlet om økonomi, og at prissætte hver enkelt ny opgave, der ønskes løst i almen praksis. Det har overskygget relevante faglige drøftelser af, hvordan almen medicinske opgaver

kan prioriteres og løses mest hensigtsmæssigt i et sammenhængende sundhedsvæsen til gavn for patienterne og med respekt for kapaciteten og kompetencerne hos den enkelte praktiserende læge.

Dette har også haft betydning i dialogen mellem de enkelte regioner og den enkelte praktiserende læge, hvor der i samarbejdet har været et stort fokus på opfølgning på den centrale overenskomst med primært fokus på kontrol af udgifterne og den økonomiske aktivitet i almen praksis.

Danske Regioner er derfor positive over for, at der med lovforslaget lægges op til, at der udarbejdes national opgavebeskrivelse og basisfunktion, som definerer almen praksis opgave og rolle, ligesom regionerne og sundhedsrådene får en tydeligere myndighedsopgave og forpligtelse til at understøtte det almen medicinske tilbud fagligt og organisatorisk, herunder at der kommer et større fokus på lokal dialog og gensidige forpligtelser.

Det betyder også, at den enkelte praktiserende læge skal have bedre adgang til relevant støtte og hjælp fra regionerne, når det er nødvendigt, hvilket bliver særlig relevant i takt med, at almen praksis på sigt skal håndtere flere opgaver.

Det stiller krav til omstilling i regionerne, hvor der er behov for, at man i højere grad prioriterer ressourcer og faglige kompetencer for at kunne være en samarbejdspartner for almen praksis, og det er en opgave, som regionerne er villige til at påtage sig.

I lighed med i dag er der behov for, at man fastholder et aftalesystem, hvor de praktiserende læger kan forhandle vilkårene for varetagelsen af deres opgaver, således at de praktiserende læger også har indflydelse på at opgaver og ressourcer følges ad.

Det er derfor positivt, at der i lovforslaget lægges op til at fortsætte en aftalebaseret model, hvor de økonomiske vilkår fortsat skal forhandles centralt mellem PLO og RLTN, efter at opgaverne er blevet fastsat i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen.

Danske Regioner bemærker endelig, at der med lovforslaget er forudsat et stort videre arbejde med en ny honorarstruktur, opgavebeskrivelse for det almen medicinske tilbud samt lovregulering vedr. deling af data, som man på nuværende tidspunkt ikke kender resultatet af, men som er afgørende for, at man kommer i mål med lovforslagets intentioner.

Danske Regioner ser frem til at indgå i fortsat dialog om udfoldelsen af de faglige rammer for de almen medicinske tilbud med alle relevante parter, for at indfri og understøtte sundhedsreformens formål.

Bemærkninger vedr. nationalt fastsat opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud

Danske Regioner bakker op om en nationalt fastsat opgavebeskrivelse for det almen medicinske tilbud med en dertil knyttet basisfunktion, som definerer de opgaver, som klinikker under det almen medicinske tilbud skal udøve virksomhed under. Det er Danske Regioners opfattelse, at der både blandt de praktiserende læger og regionerne har været stor efterspørgsel på at få defineret, hvilke opgaver der skal varetages i almen praksis.

Danske Regioner ønsker, at opgavebeskrivelsen skal medvirke til at reducere forhandlingselementet og uenighederne om, hvilke aktører der skal varetage specifikke opgaver, men i stedet fokusere på, hvordan man kan hjælpe hinanden til at varetage de definerede opgaver bedst muligt. Derudover vil en klarere defineret opgavebeskrivelse også kunne understøtte de centrale forhandlingsparter i efterfølgende at kunne aftale de nødvendige vilkår for, at almen praksis kan varetage opgaverne

I forhold til den myndighedsrettede del og de heri fastsatte krav og forpligtelser finder Danske Regioner de nævnte ansvarsområder for regionerne meget relevante. Ligeledes deler Danske Regioner opfattelsen af, at opgavebeskrivelse og basisfunktion skal ses i nær sammenhæng med øvrige tiltag i reformaftalen om at styrke regionernes kompetence til at udvikle det almen medicinske tilbud. Bl.a. via indsigt i data og information om aktiviteten i det almenmedicinske tilbud.

En klar basisfunktion for det almen medicinske tilbud

Det er positivt, at der i basisfunktionen defineres de samlede funktioner som det almenmedicinske tilbud skal kunne levere, herunder krav til funktionen som tovholder, til opgavevaretagelsen og til udstyr, kompetencer, kvalitet og ikke mindst samarbejdet om patienterne mellem relevante aktører på sygehuse, øvrige praksisområder og kommunerne.

Det er en nødvendighed for alle parter, at forudsætninger og forventninger til det almen medicinske tilbud bliver klare og præcise. Dette er også af hensyn til, at det almen medicinske tilbud består af mange selvstændige praktiserende læge, som har ansvaret for at etablere og drive deres klinikker, og det er dermed af stor vigtighed for det samlede sundhedsvæsen, at man kan forpligte til og sikre at opgaver løses ensartet i det almen medicinske tilbud.

Danske Regioner finder det positivt, at basisfunktionen for det almen medicinske tilbud løbende blive revurderet og tilpasset i takt med, at der kommer flere praktiserende læger, og kapaciteten dermed også udvides.

Det er vigtigt, at basisfunktionen forholder sig til den basale tilgængelighed i det almen medicinske tilbud. Kravene til tilgængelighed er allerede i dag reguleret i overenskomsten mellem RLTN og PLO, hvor der bl.a. fremgår, at der skal være åbent i hverdage kl. 8-16. Danske Regioner finder ikke, at basisfunktionen på nuværende tidspunkt skal ændre væsentligt på åbningstiderne i almen praksis i forhold til det, der er aftalt i overenskomsten mellem RLTN og PLO, og som vi forventer, at almen praksis vil leve op til. Men i takt med at der kommer flere praktiserende læger, vil det være naturligt at revidere basisfunktionen, således at kapacitetsudvidelsen og nye digitale løsninger også medfører en generelt bedre tilgængelighed i almen praksis. Det handler blandt andet om mere fleksible åbningstider, kortere ventetid til planlagte konsultationer og digitale tilbud, som kan give patienterne lettere adgang til det almen medicinske tilbud.

Udover at basisfunktionen skal kunne definere kravene til den enkelte klinik, skal den også kunne fungere som grundlaget for, at almen praksis kollektivt bidrager til at løse opgaverne som beskrives i opgavebeskrivelsen for det almen medicinske tilbud.

Hvis alle praktiserende læger ikke indgår på forskellige vis i opgavevaretagelsen som f.eks. faste læger på botilbud, vil regionerne være nødsaget til at etablere andre tilbud, som kan varetage funktionen som et almindeligt almenmedicinsk tilbud, også selv om der ikke mangler læger i det pågældende område i henhold til den nationale fordelingsmodel.

Udover at det er en uhensigtsmæssig brug af ressourcerne vil det også være mod Danske Regioners ønske om, at almen medicinske opgaver som udgangspunkt håndteres af de alment praktiserende læger, der er højt kvalificeret til disse opgaver henset til deres erfaring og eksisterende kendskab til patientgruppen. Endelig er der også behov for, så vidt muligt at reducere antallet af forskellige aktører, som patienten møder i sine forløb, særligt for de sårbare borgere, som typisk også vil have mere specialiserede behov.

Danske Regioner finder derfor, at der skal indtænkes en model, hvor lægerne samlet set medvirker til at sikre, at funktionerne i opgavebeskrivelsen varetages, men hvor det samtidigt sker med respekt for, at den enkelte klinik ikke har ressourcerne til at løfte opgaverne alene, ligesom der er hensyn over for f.eks. sololæger, der har en mere begrænset mulighed for at tilrettelægge arbejdstiden fleksibelt.

Det gælder for eksempel ønsket om på sigt at udvide tilgængeligheden yderligere end i dag, hvor der kan etableres samarbejde om varetagelsen af opgaven, herunder sikre, at den nødvendige deling af patientoplysninger deles på tværs af det almen medicinske tilbud. På den måde sikres det, at de alment medicinske tilbud leverer på et udvalgt antal opgaver under den nationale opgavebeskrivelse, men hvor alle læger ikke nødvendigvis skal løse alle opgaver.

Danske Regioner og regionerne understreger, at det er en fælles opgave, og at den enkelte praktiserende læge ikke skal stå alene med at kunne varetage flere opgaver og udvikle almen praksis. Regionerne skal bidrage med faglighed, samt økonomiske og strukturelle ressourcer for at understøtte en god implementering.

Det skal også ses i sammenhæng med, at der løbende bør ske en udvikling og udvidelse af basisfunktionen og det almen medicinske tilbuds samlede opgaver, i takt med at der kommer flere speciallæger i almen medicin og dermed at den samlede kapacitet øges til at håndtere flere opgaver.

Endeligt bemærker Danske Regioner, at såfremt en funktion forventes at være en del af tilbuddet for samtlige klinikker under det almen medicinske tilbud, så skal det tydeligt indgå i basisfunktionen. Danske Regioner påpeger i forlængelse heraf, at det virker uhensigtsmæssigt, at dosispakket medicin står som et eksempel på noget, der skal aftales udover basisfunktionen, hvis det reelt er ambitionen, at det samlede almen medicinske tilbud leverer denne ydelse.

Det almen medicinske tilbud bør indgå i vagtopgaven

Danske Regioner konstaterer, at praktiserende lægers forpligtigelse til deltagelse i den akutte lægebetjening udover dagtid *ikke* fremgår af lovforslaget.

Danske Regioner er enig i, at det skal være op til regionen at træffe beslutning om, hvordan lægevagtstilbuddet skal organiseres, men finder ligeledes, at forpligtelsen til at deltage i lægevagtsordningen for almenmedicinske speciallæger bør fremgå af Sundhedsstyrelsens beskrivelse af basisopgaven for det almenmedicinske tilbud.

Der bør på nuværende tidspunkt ikke være en øget forpligtelse til at deltage for den enkelte klinik i forhold til det, der er aftalt i overenskomsten mellem RLTN og PLO eller aftalt decentralt mellem region og PLO. Men i takt med at der kommer flere praktiserende læger bør alle praktiserende læger, medmindre de af forskellige årsager undtages, tage del i vagtordningen, sådan at vagtarbejde fordeles jævnt, og at alle, der kan, bidrager til vagtfunktioner jf. også Robusthedskommissionens Anbefaling 11¹. Det fremgår her, at vagtarbejde skal udtyndes og deles mellem flere, herunder at "*alle der kan, skal bidrage i vagtfunktioner*". Dette vil desuden medvirke til, at arbejdsbelastningen fordeles jævnt i det almen medicinske tilbud fremfor, at det er enkelte grupper af læger, der skal varetage vagtopgaven.

Deltagelse i den akutte lægebetjening udover dagtid giver desuden almenmedicinere et indblik i og forståelse af patienternes overgang fra dagtid til vagttid, så behandlingen i dagtid kan tilrettelægges mest hensigtsmæssigt. Derudover anser Danske Regioner, de almen medicinske kompetencer som helt afgørende for en velfungerende løsning af denne opgave, idet praktiserende læger vurderes at være de bedste til at håndtere denne opgave.

¹ [Pixi Robusthedskommissionens anbefalinger – September 2023](#)

Hvis lægevagtsopgaven fremover løses via lokalaftale med de praktiserende læger, så bør de honoreringsmæssige vilkår aftales i den centrale rammeaftale, ligesom honoreringen og vilkårene for øvrige opgaver som plejehjemslæge, botilbudslæge mv. bør aftales centralt for de læger, der indgår i de ordninger.

Specialiserede tilbud

Danske Regioner kan konstatere, at det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at det vil være muligt for regionsrådet at etablere en særlig organisering af visse almenmedicinske ydelser, der er målrettet særlige patientgrupper eller borgere med særlige behov.

Danske Regioner finder, at et mere specialiseret tilbud er relevant i det omfang, at det almen medicinske tilbud ikke generelt varetager opgaven. Danske Regioner bemærker dog også, at det kan være relevant at etablere mindre og mere målrettede tilbud til udvalgte patientgrupper, men hvor der samtidigt ikke vil være grundlag for et fuldt almen medicinsk tilbud. Det kan f.eks. være udvalgte borgere med komplekse problemstillinger og/eller socialt udsatte, der er spredt ud over en stor geografi, og/eller som ikke selv opsøger almen praksis med deres problemstillinger.

Det forekommer uklart af lovforslagets bemærkninger, om dette er muligt, og Danske Regioner opfordrer derfor til, at det bliver tydeliggjort, at regionerne har hjemmel hertil.

Kvalitet, efteruddannelse og forskning

Kvalitet, efteruddannelse og forskning er helt centrale for, at vi i Danmark fortsat kan have en almen praksis med så høj en standard, som vi ser i dag.

Overenskomstens parter har via overenskomstforhandlingerne aftalt helt nødvendige tiltag, som har været forudsætningen for udviklingen af almen praksis. I dag er alle dele af kvalitet, efteruddannelse og forskning aftalt i OK-regi, og de udføres indenfor det paritetiske system. En konsekvens af lovforslaget vil være, at forskning, efteruddannelse og kvalitet som i dag aftales i det paritetiske system, ikke længere hører hjemme i den nye smalle aftalemodel.

Regionerne er indstillet på at påtage sig ansvaret for de tre vigtige områder og bemærker samtidigt, at faglig dialog med relevante parter fortsat vil være afgørende for udviklingen af områderne, hvilket en fremadrettet organisering også bør afspejle.

Danske Regioner skal bemærke, at der i den nuværende overenskomst mellem PLO og RLTN skelnes mellem efteruddannelse, som det vurderes relevant for alle almene medicinere at deltage i (systematisk efteruddannelse), og selvvalgt

efteruddannelse, hvor lægerne derudover kan vælge egne efteruddannelseskurser. Det finder Danske Regioner relevant at videreføre.

Der er i den nuværende overenskomst endvidere fastsat vilkår for at deltage i efteruddannelse fx tabt arbejdsfortjeneste, hvilket med fordel kan høre under den slags vilkår, der bør aftales i den nye, smallere aftalemodel.

Danske Regioner bemærker endeligt, at der i forbindelse med udarbejdelsen og efterfølgende tilpasninger af basisfunktionen og opgavebeskrivelse er behov for at sikre sammenhæng med kompetencerne og kravene, der gælder for den godkendte målbeskrivelse i speciallægeuddannelsen, samt at almen praksis understøttes i deres varetagelse af rollen som uddannelsessted.

Datadrevet understøttelse af det alment medicinske tilbud

Danske Regioner konstaterer, at det i lovforslaget forventes, at der i kommende reguleringer vil blive foreslået regler, der skal sikre regionerne den adgang til data, som forudsættes nødvendig for at løfte og understøtte både den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen. Dette bakker både Danske Regioner og regionerne op om, da det samtidigt er en grundforudsætning for den faglige udvikling og faglige dialog mellem regionen og det almenmedicinske tilbud.

Danske Regioner og regionerne stiller sig gerne til rådighed i forhold til dette fremtidige arbejde og vil ligeledes opfordre ministeriet til også at involvere relevante parter i dette arbejde.

Danske Regioner skal understrege, at regionernes adgang til data fra det almen medicinske tilbud er en grundlæggende forudsætning for den store opgaveflytning og investering i det almen medicinske tilbud, som der lægges op til med sundhedsreformen. Regionerne har brug for data som grundlag for beslutninger om tilrettelæggelse af de sundhedsfaglige tilbud til borgerne, og det er en forudsætning for faglig udvikling og opfølgning. Derudover handler det også om at kunne bruge data i den faglige dialog mellem region/sundhedsråd og de praktiserende læger i det pågældende område om særlige indsatser og opgavevaretagelse, herunder rationel farmakoterapi. I en kommende aftale om ny honorarstruktur for det almen medicinske tilbud forventes det også, at data og adgang hertil kommer til at spille en større rolle, både i forhold til differentiering af honorering og regionernes opfølgning på aktiviteten. Det er derfor vigtigt, at lovgivningen kommer til at understøtte disse behov.

Danske Regioner imødeser fortsat dialog i forbindelse med de kommende reguleringer om regionernes adgang til data.

Bemærkninger vedr. aftale om økonomiske forhold og øvrige vilkår for det almenmedicinske tilbud

Danske Regioner bakker op om, at der med den foreslåede ordning fortsat vil være et aftalebaseret grundlag, hvor der indgås aftale med den centrale forhandlingspart for de alment praktiserende læger, der primært regulerer de økonomiske vilkår for klinikker, der drives af almen praktiserende læger, der ejer et ydernummer.

Danske Regioner læser lovforslaget således, at den centrale aftale og nye honorarstruktur skal have fokus på de økonomiske vilkår for varetagelsen af de opgaver og forpligtelser, der er omfattet af den nationalt fastsatte basisfunktion samt øvrig national lovregulering af det almen medicinske tilbud.

Det er essentielt, at man med reformen sikrer et reelt mere smidigt aftalesystem, hvor der ikke skal forhandles om den faglige opgave i det almen medicinske tilbud i den centrale aftale, men alene om de økonomiske vilkår for de praktiserende lægers opgaver, der følger af basisfunktionen samt evt. øvrige opgaver i henhold til den nationale opgavebeskrivelse.

Tilsvarende bør det heller ikke være nødvendigt for regionerne at indgå lokale aftaler for at sikre varetagelsen af opgaver i det almen medicinske tilbud, der følger af basisfunktionen, da der hermed opstår risiko for, at der ikke kan opnås en bred aftale med alle aktører under det almen medicinske tilbud, samt at der kommer for store variationer i det tilbud, som borgerne oplever.

Danske Regioner bakker op om, at man fastholder et aftalesystem, således at der fortsat er en tilbagevendende dialog og enighed om, at sammenhængen mellem den samlede opgaveløsning i det almen medicinske tilbud og den afsatte økonomi.

Danske Regioner bemærker i den forbindelse, at det også kan være relevant at aftale vilkår relateret til basisfunktionen, som ikke vedrører direkte honorering, så som tabt arbejdsfortjeneste ved deltagelse i efteruddannelse.

Danske Regioner finder det positivt, at det i lovbemærkningerne fremhæves, at den nye aftalemodel skal være fleksibel, og en ny honorarstruktur simpel, så der inden for den centrale aftale er rum for løbende faglig udvikling, samtidigt med at der sikres gode og stabile rammer for klinikdriften. Det skal også ses i sammenhæng med, at man med indførsel af en national opgavebeskrivelse og basisfunktion skal sikre tydelighed om prioriteringer og retning for det almen medicinske tilbud i takt med at der kommer flere læger i det almen medicinske tilbud, og de muligheder for omstilling af det nære sundhedsvæsen, som det medfører.

Danske Regioner er som nævnt enig i, at det kan være relevant, at de centrale parter indgår aftaler om øvrige vilkår for det almen medicinske tilbud, men Danske Regioner finder, at det er vigtigt at understrege, at en national aftale om øvrige vilkår ikke bør være en forudsætning for, at den enkelte region eller det almen medicinske tilbud kan varetage deres opgaver i henhold til opgavebeskrivelsen og basisfunktionen.

Danske Regioner bakker ligeledes op om, at de centrale parter har mulighed for at indgå supplerende aftaler vedr. økonomiske vilkår for specifikke opgaver, som ikke er omfattet af basisfunktionen, og dermed ikke forventes varetaget af alle praktiserende læger. Det skal også ses i sammenhæng med, at det er erfaringen, at lokale forhandlinger ofte medfører variationer i aftalerne, og dermed også kan medføre forskelle i det endelige tilbud til borgerne samt organiseringen heraf.

Danske Regioner er ligeledes enig i, at der er behov for en ny honorarstruktur for det almen medicinske tilbud som beskrevet i lovforslaget, herunder at honoreringen differentieres i overensstemmelse med den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter, at honorarstrukturen er enkel at håndtere for både region og lægen samt at honorarstrukturen understøtter en prioriteret og fokuseret opgaveløsning i det almenmedicinske tilbud.

Danske Regioners klare ønske er, at der mellem parterne kan opnås enighed om en ny honorarstruktur, således at en aftale er på plads i god tid før den 1. januar 2027.

Forslag om tilslutningskontrakter

Danske Regioner foreslår, at det bliver muligt for regionerne at indgå tilslutningsaftaler med alle klinikker, der virker under det almen medicinske tilbud.

Tilslutningsaftalen skal samlet set overfor lægen beskrive krav, vilkår og forudsætninger på tværs af love, aftaler samt basisfunktionen, og fungere som det formelle grundlag for samarbejdet og evt. opfølgning ved tvister m.v..

Tilslutningsaftalen skal også være en hjælp for den praktiserende læge og skabe information og forståelse om forventninger til tilbuddet i en situation, hvor der ikke længere er en samlet overenskomst, hvor lægen kan slå relevante bestemmelser op.

Såfremt en klinik har misligholdt aftaler eller overtrådt de nationale krav til det almen medicinske tilbud jf. lovforslagets § 276 b, og det i yderste tilfælde vurderes nødvendigt for regionen at opsiges samarbejdet, vil tilslutningskontrakten ligeledes også kunne være det juridisk grundlag for opsigelsen.

Tilslutningsaftalen skal have form af et kort standardiseret dokument, der som udgangspunkt er ens for alle klinikker, der indgår i regionens almen medicinske tilbud, og derfor som udgangspunkt ikke skal forhandles individuelt. Tilslutningsaftalen vil kunne suppleres af en udvidet lokalaftale-del, hvis der bliver behov for at aftale ekstraopgaver med klinikken, fx en plejehjemslægefunktion, som ikke er omfattet af basisfunktionen. Ligeledes kan det være relevant at aftale overgangsordninger eller særlige vilkår fx for sololæger i slutningen af karrieren.

Bemærkninger vedr. etableringen af almenmedicinske tilbud

Danske Regioner bakker op om, at regionerne kan sikre almenmedicinske tilbud med afsæt i tre forskellige tilgange, der leverer almenmedicinske ydelser, via hhv. salg af ydernumre (såkaldte "0-ydernumre"), udbud af driften af ydernumre eller ved selv at etablere og drive klinikker.

Danske Regioner finder, at almen medicinske ydelser overvejende skal leveres af praktiserende læger, der driver klinikker som selvstændige virksomhedsejere, men regions- og udbudsklinikker er, og vil fortsat være, et nødvendigt supplement, fx når det ikke er muligt at rekruttere tilstrækkeligt med praktiserende læger, er behov for en platform for udviklingsarbejde, eller hvor der er behov for et specialiseret tilbud, som ikke på en hensigtsmæssig måde kan varetages af en almen praksis. Ligeledes kan der fremover fortsat være behov for at regionen stiller licensklinikker til rådighed, for at understøtte praktiserende læger i driften af klinikker, samt understøtte lægedækningen i lægedæknings-truede områder.

Det er ligeledes positivt, at det fremgår af lovforslaget, at der ved udbud af ydernumre kan lægges vægt på kvalitative kriterier, hvilket også svarer til den typiske praksis i dag. Danske Regioner bemærker, at det ikke tilsvarende fremgår, at regionerne også kan lægge vægt på kvalitative kriterier i forbindelse med salg/afsættelse af ydernumre, hvilket Danske Regioner også finder hensigtsmæssigt.

Danske Regioner bemærker videre, at salg og udbud af nye ydernumre med fordel kan tænkes sammen med indgåelse af lokale aftaler med køber, og at det således vil være de lokale aftaler og varetagelsen af disse, der kan indgå som en forudsætning for erhvervelse af ydernummer, samt at varetagelsen af disse opgaver vil følge ydernummeret fremover.

Bemærkninger vedr. forhåndsgodkendelse af læger ved erhvervelse af et ydernummer

Danske Regioner bakker op om, at denne funktion ikke længere skal varetages af Praktiserende Lægers Organisation, og at regionerne fremover får til opgave at forhåndsgodkende ydere, idet det er hensigtsmæssigt at der gives et øget

indblik i, og indflydelse på, hvilke praksisydere der leverer almenmedicinske ydelser. Ligeledes er det positivt at der stilles klare krav til ejerlægens hovedbeskæftigelse ved køb af et ydernummer, og at en bedømmelse skal ske efter formelle og objektive kriterier, som skal afspejle de gældende krav og regler. I den forbindelse afventes en nærmere beskrivelse af basisfunktionen, som er en del af de krav og regler som det skal sandsynliggøres at lægerne kan og vil efterleve. Danske Regioner bakker op om hensigten med forhåndsgodkendelsen, men ønsker dog også at henlede opmærksomheden på at der vil være tale om en vurdering som *sandsynliggør* efterlevelsen af gældende regler, og at det dermed ikke vil være muligt at identificere problematiske ydere i alle tilfælde. For at regionerne kan løfte opgaven med forhåndsgodkendelser i forbindelse med køb og salg af klinikker, er det et væsentligt element at regionerne får adgang til oplysninger om, hvilke læger der er pålagt alvorlige sanktioner i andre regioner, da dette har betydning for grundlaget for forhåndsgodkendelser. Dette bør sikres i forbindelse med indretningen af Praksisklagenævnet.

Som det fremgår af afsnit 3.4.3.4. i lovforslaget, foreslås der en sagsbehandlingsfrist på 10 hverdage. Danske Regioner finder denne frist for kort, og henstiller til at den bør udvides. Dette er af hensyn til regionens arbejdsopgave med forhåndsgodkendelsen, som kan variere betragteligt ud fra den enkelte ansøgers forhold, herunder indhentelse af supplerende oplysninger som fx børneattest og straffeattest. Som beskrevet i afsnit 3.4.3. kan der være parametre som varierer alt efter ansøgers omstændigheder. Det er således nødvendigt at sikre tilstrækkelig sagsbehandlingstid til en fyldestgørende vurdering af ansøgeren. Danske Regioner bakker i øvrigt op om at en forhåndsgodkendelse bør ske hurtigst muligt.

Bemærkninger vedr. Praksisklagenævnet

Danske Regioner bakker op om, at der oprettes et nyt uafhængigt nævn med beslutningskompetence til at træffe endelige afgørelser ved uenighed mellem myndighed og praktiserende læger i det almenmedicinske tilbud. Det følger naturligt i forlængelse af, at regionerne med lovforslaget får en klar hjemmel til at pålægge sanktioner på et forvaltningsretligt grundlag. Danske Regioner finder det hensigtsmæssigt at regionernes afgørelser skal træde i stedet for det nuværende paritetiske system, og at det uafhængige tvistløsningsnævn fremover skal fungere som direkte klageinstans for regionale afgørelser.

Danske Regioner finder, at det er positivt at det i lovforslagets bemærkninger fremgår tydeligt at Praksisklagenævnet skal fungere uafhængigt, herunder også de medlemmer der udpeges efter indstilling fra det almenmedicinske tilbud og Danske Regioner. Det er således hensigtsmæssigt at der i udkastet til lovforslaget fremgår at det er på baggrund af personlige kompetencer og ekspertise at sagkyndige udpeges, for at sikre belysning af saglige og faglige forhold i nævnets afgørelser. I den forbindelse bemærkes det at der i nævnets

indretning skal sikres uvildighed og uafhængighed, således at rammeaftalens parter – typisk RLTN og PLO – ikke indgår i sagsbehandlingen eller sekretariatsbetjeningen. Dette bør afspejles gennemgående i organiseringen af nævnet. Danske Regioner finder det dermed uhensigtsmæssigt at det med lovforslaget foreslås at Danske Regioner skal etablere et sekretariat til betjening af Praksisklagenævnet.

Danske Regioner ønsker at bemærke at det er uhensigtsmæssigt at der i lovforslagets bemærkninger beskrives at Praksisklagenævnet skal finansieres indenfor den økonomiske ramme aftalt mellem parterne, da dette vil medføre at de administrative udgifter til nævnet således tages ud af den samlede tilgængelige ramme for patientbehandling. Dette skal særligt ses i lyset af ønsket om at styrke behandlingen i det nære sundhedsvæsen, herunder via tilførsel af yderligere midler.

Den beskrevne model, hvor klager indgives til regionen, som har mulighed for at revurdere, findes også fornuftig. Derudover at afgørelser truffet af nævnet ikke kan indbringes for anden myndighed, men alene for domstolene. Af lovforslagets punkt 13 med forslag til sundhedslovens § 233 b, stk. 4, fremgår det imidlertid, at søgsmål til prøvelse af klagenævnets afgørelser skal anlægges mod vedkommende region inden 6 måneder efter, at klagenævnets afgørelse er modtaget. Paragraffen er dog alene rettet mod en eventuel modpart, og kan i dens nuværende form tolkes som om, at det alene er modparten, der kan indgive søgsmål – og dermed ikke regionen. Dette findes uhensigtsmæssigt, da der formentlig vil være tilfælde, hvor en region er uenige i en afgørelse truffet af Praksisklagenævnet.

Som anført tidligere, bør det sikres, at viden om afgørelser fra Praksisklagenævnet kommer til regionernes kendskab i forbindelse med opgaven med forhåndsgodkendelse, da der ellers er en risiko for at opgaven ikke kan varetages på et oplyst grundlag. Ligeledes bør det understøttes at sekretariatet for Praksisklagenævnet kan afsende og modtage digital post fra alle involverede, fx via E-Boks, eller andre relevante, sikre kommunikationskanaler. Dette bør sikres i den efterfølgende fastsættelse af reglerne for Praksisklagenævnets administration og virksomhed, som benævnt i § 233 b, stk. 5.

Danske Regioner forstår lovforslaget således at det alene er tvister vedrørende beslutninger og afgørelser truffet af regionsrådet overfor privatpraktiserende læger i almen medicin, som ejer og driver et ydernummer som kan indklages til Praksisklagenævnet, og at patienter dermed ikke har adgang til at klage over fx en læges frasigelse af patienten, til Praksisklagenævnet. Det er dermed forventningen at regionerne håndterer denne type serviceklager udenom det nye tvistløsningssystem. Hvis dette ikke er tilfældet, bør det i lovforslaget tydeliggøres. I forlængelse heraf kan der med fordel anvendes et andet begreb end "klage" når det på s. 66 anføres, at regionen fortsat skal give adgang til, at patienter og

kommuner kan klage over service. Hvis patienter og kommuner i stedet "indberetter" mangler ved servicen, kan regionen følge op med dialog/rådgivning/henstilling mv., forinden der om nødvendigt fastsættes sanktioner. Klagesager følger en anden proces.

Derudover bemærkes det at vedrørende frasigelse af patienter, så kan to parter ikke indgå aftale med bindende virkning for en 3. part (en borger), hvis det aftalte har negative konsekvenser. Derfor skal en eventuel mulighed for at kunne frasige sig enkelte patienter fremgå af lovgivning.

Danske Regioner bakker op om de beskrevne sanktionsmuligheder, herunder muligheden for at suspendere eller opsige samarbejdet med ejere af et almenmedicinsk tilbud. Det bemærkes dog at det bør tilføjes lovgivningen at lægen er ansvarlig for at skaffe læge-vikarer, og, hvis samarbejdet opsiges permanent, at afhænde klinikken til en læge, der kan overtage, på samme måde, som det i dag er beskrevet i overenskomstaftalen.

Slutteligt bemærkes det, at når regionerne som foreslået får til opgave med at følge op på faglighed og kvalitet, er det vigtigt at skabe tydelighed om, hvornår hhv. regionerne, Styrelsen for Patientklager og Styrelsen for Patientsikkerhed har kompetencerne til at følge op og sanktionere.

Danske Regioner ser frem til den kommende bekendtgørelse vedrørende Praktisklagenævnet, hvor det forventes at detaljerne omkring nævnet udfoldes yderligere. Herunder kan nævnes yderligere specificering af hvad der kan indklages til nævnet, administrative sagsgange for modtagelse og behandling af klager, med meget videre. Danske Regioner ønsker dog at bemærke at de 20 hverdage til genvurdering af en indklaget afgørelse som beskrevet i § 233 b, ikke er tilstrækkeligt. Dette gør sig særligt gældende hvis der ifm. klagen indgår nye oplysninger, hvorfor fristen ønskes udvidet.

Med venlig hilsen



Anders Kühnau
Formand, Danske Regioner



Mads Duedahl
Næstformand, Danske Regioner

Den 20. august 2025

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Mail: sum@sum.dk

med kopi til: gkh@sum.dk og annb@sum.dk

Høringssvar vedrørende lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Danske Ældreråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget om ny organisering af det almenmedicinske tilbud.

Mange ældre oplever store forskelle på tværs af landet i forhold til adgangen til deres praktiserende læge. Det er uholdbart og bidrager til en skævvridning af sundheden.

Vi har i tidligere høringssvar til lovforslag om styrkelse af almen medicin udtrykt enighed i ambitionerne om at skabe et stærkt og balanceret sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne. Det kræver en styrkelse af almen praksis samt rammer og incitament, der understøtter, at de lægefaglige kompetencer er til rådighed dér, hvor behovet er størst.

Danske Ældreråd bakker op om formålet med dette lovforslag, nemlig at det almenmedicinske tilbud skal afspejle sundhedsvæsenets aktuelle behov og levere mere ensartet høj kvalitet – under hensyntagen til den strategiske sundhedsplanlægning i det samlede sundhedsvæsen og inden for rammerne af den kommende nationale sundhedsplan. Vi mener samtidigt, at kontinuitet, relationen og kendskabet til den ældre patients historik kan have stor betydning for den enkelte.

Vi forholder os i dette høringssvar ikke nærmere til de foreslåede lovgivningsmæssige rammer for en ny, smallere aftalemodel, der fastsætter vilkår vedrørende økonomi for de alment praktiserende læger og erstatter overenskomsten om almen praksis.

Med venlig hilsen

Inger Møller Nielsen
Formand

Trine Toftgaard Lund
Direktør

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Annika Bonde (annb@sum.dk), Gro Kari Holen (GKH@SUM.DK)
Fra: Frederik Klinting (frederik@klinting.com)
Titel: Høringssvar vedr. lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud
Sendt: 13-08-2025 11:32

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til rette vedkommende

DASEM takker for muligheden for at komme med høringssvar vedr. lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud.

Vi har gennemgået materialet og har ingen kommentarer for nuværende. DASEM ser frem til samarbejdet og en fortsat involvering omkring de akutte patienter samt akutområdet mellem primær og sekundær sektor herunder snitflader med det almenmedicinske tilbud.

På vegne af DASEMs bestyrelse

Frederik Pors Klinting
Faglig Sekretær, DASEM

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

Sendt elektronisk til sum@sum.dk med kopi til annb@sum.dk og gkh@sum.dk.

Høring over udkast til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Dataetisk Råd takker for den fremsendte høring. Rådet har i dette tilfælde valgt ikke at udarbejde et egentligt høringssvar.

Der kan være flere årsager til, at Dataetisk Råd ikke vælger at udarbejde høringssvar, herunder at rådet har valgt at prioritere andre opgaver, at det ikke efter rådets opfattelse er muligt på forsvarlig vis at analysere og behandle høringen i dens enkeltheder og detaljer inden for høringsfristen eller at høringen ikke ses at indebære dataetiske spørgsmål, som falder inden for rådets kommissorium.

Det bemærkes dog, at, rådet generelt anbefaler, at ministerier redegør for de dataetiske konsekvenser af lovforslag. Dataetiske konsekvensanalyser sætter fokus på værdier og principper som blandt andet velfærd og demokrati, værdighed, selvbestemmelse, lighed, gennemsigtighed, sikkerhed og privatliv. Dataetiske konsekvensanalyser vil således hjælpe med til at bringe fordele, ulemper og utilsigtede konsekvenser ved lovforslag frem i lyset og dermed bidrage til, at Folketingets beslutninger tages på et mere kvalificeret grundlag. Dette gælder naturligvis i særlig grad lovforslag, som angår persondata.

Dataetisk Råd kan i den forbindelse henvise til rådets værktøj '[Dataetik – Sådan gør du](#)', der operationaliserer identificeringen og stillingtagen til dataetiske dilemmaer.

Dataetisk Råd står til rådighed for uddybning og yderligere rådgivning.

På vegne af Dataetisk Råd og med venlig hilsen

Johan Busse

Formand

Til samtlige ministerier

23. juni 2021

J.nr. 2021-010-0018

Dok.nr. 301637

Sagsbehandler

Sidse Kløppenborg

Høringer over udkast til lovforslag og bekendtgørelser mv.

1. Datatilsynet oplyste ved brev af 28. juni 2019 samtlige ministerier om forpligtelsen til at høre tilsynet over lovforslag og bekendtgørelser mv. Datatilsynet modtager imidlertid forsat et stort antal høringer over udkast til lovforslag og bekendtgørelser mv., hvor der ikke er forhold, der kan være af betydning for beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger.

Datatilsynet

Carl Jacobsens Vej 35

2500 Valby

T 3319 3200

dt@datatilsynet.dk

datatilsynet.dk

CVR 11883729

Datatilsynet vil på den baggrund igen oplyse om, hvornår der skal indhentes en udtalelse fra Datatilsynet ved udarbejdelse af lovforslag og bekendtgørelser mv.

2. Det følger af databeskyttelseslovens § 28, at der skal indhentes en udtalelse fra Datatilsynet ved udarbejdelse af lovforslag, bekendtgørelser, cirkulærer eller lignende generelle forskrifter, der har betydning for beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger.

Det er i forarbejderne til lovens § 28 anført, at det er uden betydning, om reglerne kun er bindende for ansatte i en myndighed eller tillige har retsvirkning over for borgerne. Det afgørende vil være, om reglerne har indflydelse på beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger.

3. Datatilsynet modtager løbende et stort antal høringer over udkast til lovforslag og bekendtgørelser mv. I 2020 blev der i Datatilsynet således oprettet 607 høringer, og året før i 2019 var antallet 521.

Som det imidlertid fremgår af ovenstående, er det alene i de tilfælde, hvor der er forhold, der kan være af betydning for beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger, at Datatilsynet skal høres, jf. databeskyttelseslovens § 28.

Datatilsynet anmoder derfor om, at der i forbindelse med udarbejdelse af lovforslag og bekendtgørelser mv. konkret tages stilling til, om tilsynet skal høres.

Med det formål at effektivisere sagsbehandlingen skal Datatilsynet endvidere henstille, at det – navnlig ved fremsendelse af mere omfattende udkast til retsforskrifter – i høringsbrevet til tilsynet nærmere angives, hvor i udkastet der er forhold af betydning for beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger.

Hvis udkastet eller dele af udkastet har været drøftet med Justitsministeriet, Databeskyttelseskontoret, forud for høringen af Datatilsynet, bedes dette også oplyst i høringsbrevet til tilsynet.

Side 2 af 2

3. Datatilsynet skal anmode om, at dette brev videresendes til de relevante myndigheder inden for hvert enkelt ministeriums ressort.

Eventuelle spørgsmål eller kommentarer kan rettes til Specialkonsulent Sidsel Kloppenburg på telefonnummer 29 49 32 92.

Med venlig hilsen

Cristina A. Gulisano
Direktør



Vedrørende høring over lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Det Ethiske Råd takker for modtagelsen af ovennævnte i høring.

Det Ethiske Råd har et virksomhedsområde der tilsiger, at rådet skal beskæftige sig med de etiske spørgsmål der knytter sig til sundhedsvæsenet. Det er således langt fra alle hovedelementer i dette lovforslag som falder inde for Det Ethiske Råds virksomhedsområde. Det forholder sig dog således, at hovedelement nummer tre netop beskæftiger sig med et grundlæggende etisk spørgsmål om differentieret behandling af patienter. På hvilket grundlag er det i orden at differentiere indsatsen og op- eller nedprioritere patienter i forhold til hinanden?

Lovforslagets tredje hovedelement lægger op til at imødegå ulighed i sundhed ved for fremtiden at differentiere honorarstrukturen for de alment praktiserende læger med udgangspunkt i en ny nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Formålet med en sådan differentiering i måden de alment praktiserende læger honoreres beskrives som ”at sikre sammenhæng mellem den enkelte kliniks honorering og behandlingsbehovet blandt patienterne, så det i højere grad er muligt at opprioritere indsatsen for de mest sårbare patienter og sikre større lighed i adgang til behandling i det almenmedicinske tilbud”

Lovhjemlen hertil søges etableret ved § 227 a, Stk. 4, som siger at ”Dele af honoreringen efter stk. 3, skal differentieres med udgangspunkt i det behandlingsbehov på klinikniveau, som følger af den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, jf. § 206 b.

Hovedkravet om ’let og lige adgang til sundhedsvæsenet’ i Sundhedslovens §2 – udtrykker et ideal om universel adgang til sundhedsvæsenet. Den ofte fremhævede tanke bag lyder, at det netop er som en universel og fordringsløst ’ligestillende’ institution, at sundhedsvæsenet kan være med til at kompensere for den ulighed i sundhedstilstanden, som fx sociale mekanismer i samfundet er med til at skabe. Økonomisk formåen eller geografi fx skal ikke afgøre, om man har

adgang til og kan modtage væsentlige sundhedsydelser. Det stærke fokus på 'adgang', som giver billedet af en dør eller en tærskel, der er med til at definere et 'udenfor' og et 'inden for' sundhedsvæsenet, leverer et manende billede: uden for sundhedsvæsenet råder der hierarkier og forskelle, inden for sundhedsvæsenet forvandles man til patient, og disse behandles alle ens, uanset baggrund.

Det er dog veletableret, at det ikke forholder sig således.

I rapporten "Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet" peger Sundhedsstyrelsen på, at "flere patienter har multiple og svære problemstillinger, som rækker ud over ét specifikt sundhedsmæssigt problem, og som kan forstærke udfordringer i mødet og kræver mere tid i konsultationerne. Det betyder, at patienter, herunder patienter med lavere socioøkonomisk status, risikerer at ende i en uafklaret situation og derfor ikke modtager den nødvendige hjælp eller behandling. Når sundhedsprofessionelle ikke har den ekstra tid til at løse denne type af udfordringer, kan det resultere i, at patienterne ikke får den rette behandling. Handlingsorienterede initiativer omkring mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter kan dermed være vanskelige at implementere, hvis de organisatoriske og strukturelle rammer ikke understøtter det. Derfor bør sundhedsvæsenet i højere grad organiseres, så det er indrettet til patienter med forskellige socioøkonomiske baggrunde. Dette indebærer, at de sundhedsprofessionelle skal have tiden og ressourcerne til at give dem, som har brug for det, længere konsultationer og skræddersyede tilbud".

Differentierede ydelser er ikke nogen nyhed i sundhedsvæsenet. At 'differentiere' er i sin mest udramatiske betydning blot at skelne mellem patienter. På trods af samme sygdom kan det være aldeles relevant fx at tage højde for patienters alder og fysiske konstitution. Dette skyldes, at differentiering, forstået som kunsten at skelne og at opdele, er dybt integreret i den medicinske videnskab og sundhedsfaglig praksis. Al aktuel behandling, ud fra en almindelig medicinsk logik, om man vil, er tilpasset den kausalitet man erkender er relevant for sygdomsbehandlingen. På baggrund af viden om fx genetik, ved man at bestemte tiltag vil/vil ikke have en effekt og at tilpasse behandlingen til *sådanne forskelligheder* hos patienter, vil vi næppe kalde for særbehandling eller tage som et udtryk for en prioritering. Der er blot tale om en 'mere korrekt behandling', givet patienters forskelligheder.

Nu søges der lovhjemmel til at gøre systematisk brug af differentierede honorarer med udgangspunkt i analyser af særligt sårbare populationer. Det Ethiske Råd tilslutter sig et sådan forslag om at gøre systematisk brug af fx økonomiske incitamenter til at sikre den lette og lige adgang, men ønsker også at gøre opmærksom på, at en række væsentlige spørgsmål fortsat skal besvares inden konsekvenserne af en sådan differentieret honorarstruktur kan vurderes.

Er sundhedsvæsenets opgave først og fremmest at sikre, at det møder ulige behov på lige vilkår, altså, at man i det mindste har samme chance, samme lette og lige adgang til at få en dækkende behandling, uanset om man bor i Tønder eller Trekroner eller er kandidat i fysik eller ufaglært? Eller bør man gå skridtet videre, og bidrage til at mindske uligheden i sygdomsforekomst og -konsekvenser gennem mere effektiv behandling målrettet sårbare grupper.

Må prioriteringen af de værst stillede med nogen rimelighed indebære forringelser for de bedre stillede? Dilemmaet består i, at der på den ene side findes en ulighed i sundhed i befolkningen, som i et vist omfang er samfundsskabt og som opleves som uretfærdig og påvirkelig, samtidig som at flere af de indsatser som det lader sig forestille kunne mindske uligheden, kan risikere at mindske andre patienters adgang til og udbytte af behandling.

Det forbliver uafklaret hvilke af disse tilgange der skal udgøre grundlaget for den konkrete honorarstruktur. For nu finder Det Ethiske Råd dette fuldt forståeligt, da der med dette lovforslag blot gives hjemmel til brug af differentierede virkemidler. Det fremhæves da også i kommentarerne til forslaget, at selve honorarstrukturen og de metoder hvorved sårbare patienter fremfindes, skal udvikles frem mod lovens ikrafttræden i 2027.

I denne proces vil det være væsentligt hvilke målsætninger for lighed i sundhed der anvendes og hvilke virkemidler der anvendes som følge deraf. Det Ethiske Råd vil følge udviklingen og agter selv at bidrage hertil. Rådet vil i den kommende periode udarbejde en redegørelse for dilemmaerne forbundet med at op-og nedprioritere patienter i bestræbelsen på at mindske ulighed i sundhed.

Med venlig hilsen og på vegne af Det Ethiske Råd

Christine Nellesmann, Formand



Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

kopi til gkh@sum.dk og annb@sum.dk

Dato	Sagsbehandler	E-mail	Sagsnr.
18-08-2025	Anja Bangsgaard Lyngs	anjlyn@rm.dk	1-30-72-199-22

Høringssvar vedrørende lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud fra Videreuddannelsesregion Nord

Videreuddannelsesregion Nord takker for muligheden for at afgive høringssvar i forbindelse med lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud.

Set fra et uddannelsesperspektiv rummer lovforslaget ændringer, der potentielt vil påvirke rammerne for både speciallægeuddannelsen i almen medicin og den faglige udvikling i klinikkerne. Videreuddannelsesregion Nord har derfor udarbejdet et høringssvar med fokus på muligheder og opmærksomhedspunkter vedrørende den nye organiserings påvirkning på den lægelige videreuddannelse, som vi anbefaler overvejes i det videre arbejde med implementering og udmøntning af lovforslaget.

1. Sammenhæng mellem opgavebeskrivelse og uddannelse

Ved etableringen af en national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, vil det være oplagt at sikre en tæt sammenhæng til målbeskrivelsen for speciallægeuddannelsen i almen medicin. En sådan sammenhæng vil bidrage til at sikre et højt fagligt niveau og gode læringsmiljøer i hele det almenmedicinske tilbud – uanset ejerform og organisering.

2. Betydning for uddannelseskapalet og engagement

Ændringer i honorarstruktur, nye ejerformer og organisatorisk variation i praksisdriften kan have betydning for klinikkernes mulighed for at indgå i lægelig videreuddannelse. Vi anbefaler derfor, at uddannelse indgår som et opmærksomhedspunkt i den løbende planlægning og opfølgning på det almenmedicinske tilbud, gerne i samarbejde med regionerne og de faglige miljøer.

3. Tværsektorielt samarbejde som læringsarena

Lovforslaget lægger op til et styrket tværsektorielt samarbejde og en øget rolle for almen praksis i komplekse forløb. Dette er et fagligt løft, som samtidig skaber nye læringsrum for uddannelseslægerne. Der opfordres til, at indtænke strukturer, der giver uddannelseslæger adgang til læring i samarbejdet med kommunale og sekundære sundhedstilbud.

4. Data og kvalitetssikring i relation til uddannelse

Adgangen til data om aktivitet og kvalitet i klinikkerne, som foreslås i lovforslaget, giver også mulighed for styrket kvalitetsopfølgning på uddannelsesindsatsen. Det kunne f.eks. overvejes, hvordan sådanne data kan stilles til rådighed for dem, der varetager evaluering og udvikling af den lægelige videreuddannelse.

5. Rekruttering og fastholdelse

Et velfungerende læringsmiljø er en vigtig faktor for rekruttering og fastholdelse af yngre læger i almen praksis. I lyset af ambitionen om at øge antallet af speciallæger i almen medicin, vil det være relevant at fastholde fokus på, hvordan klinikkerne understøttes i at varetage deres rolle som uddannelsessted – også i nye ejerformer og organiseringer.

Med venlig hilsen

Lone Winther Jensen
Formand
Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse i Videreuddannelsesregion Nord

København, den 21. maj 2025

Til Indenrigs- og Sundhedsstyrelsen

Høringssvar fra DSAM vedrørende Lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar til Lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.).

1. Indledning

DSAM er enige i sundhedsreformens overordnede mål om flere praktiserende læger og en styrkelse af det nære sundhedsvæsen. Vi mener dog, at lovforslaget i sin nuværende form fuldstændig modarbejder denne ambition.

DSAM er på flere væsentlige områder uenige i det fremsatte lovforslag. Vi mener, at lovforslaget fundamentalt og afgørende ændrer ved faget almen medicin. Lovforslaget vil være ødelæggende for den faglige udvikling af faget og vil på sigt forringe patientbehandlingen i almen praksis.

Faget kan miste sin attraktionsværdi for unge læger, og rekrutteringen til almen praksis kan stagnere og falde, mens eksisterende læger kan gå tidligere på pension. Loven vil stik imod sin intention kunne øge manglen på praktiserende læger.

DSAM anbefaler, at lovforslaget gennemgår en grundig revision med henblik på genfremsettelse.

2. Overordnede bemærkninger

2.1 Intentioner i loven vs. lovtekst

Bemærkningerne til lovforslaget indledes fint med at fastslå, at egen læge er og bliver en grundsten, at vi fremover skal løfte flere opgaver og sikre mere kvalitet og sammenhæng samt en differentieret indsats med mere tid til de sårbare. Vores kvaliteter omtales i afsnittet om basisfunktionen med kompetencerne; kontinuitet, generalistkompetence, lokal forankring, tovholderfunktion og basal tilgængelighed og samarbejde. Det er kompetencer, vi også selv sætter højt, og man kunne tilføje gatekeeper-funktionen. Men i resten af lovteksten savner vi helt at se, hvordan de almenmedicinske kompetencer skal kunne udfoldes og udvikles fremover. Det fremgår ingen steder, hvordan den almenmedicinske viden og faglighed skal integreres i fremtidens samarbejdsstrukturer.

2.2 Ny styringsmodel uden inddragelse samt afskaffelse af samarbejdsfora

Loven indfører en forvaltningsretlig styringsmodel, hvor nationale krav fastlægges af indenrigs- og sundhedsministeren og Sundhedsstyrelsen, mens den faglige ledelse placeres hos regionerne – tæt knyttet til regionernes mulighed for at sanktionere, hvis de nationale krav ikke følges. De nationale krav kan ændres uden inddragelse eller aftale med de praktiserende læger.

Man afskaffer **ALT** samarbejde mellem myndigheder og praktiserende læger både centralt og regionalt og sætter ikke noget i stedet:

- Samarbejdet om forskning, kvalitet, efteruddannelse og IT samt de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg (KAP og KEU) forsvinder.
- Det løbende samarbejde med tilpasning og justering af overenskomsten: Partsmøder/Landssamarbejdsudvalg/Samarbejdsudvalg forsvinder.
- Almen praksis bliver ikke hørt i forbindelse opgavebeskrivelse, basisfunktion og sundhedsplaner fremadrettet.
- Almen praksis bliver ikke hørt i forbindelse med nærsundhedsplaner. I et tidligere fremsat lovforslag (nr. 275 af 12. marts 2025) om sundhedsråd anføres det, at man vil høre patient- og pårørende-organisationer i forbindelse med nærsundhedsplaner, men ikke de praktiserende læger.

2.3 Risiko for topstyring, hvor kerneværdierne i almen praksis går tabt

Bemærkningerne til lovforslaget skaber bekymring for, om man reelt forstår almen praksis' rolle i sundhedsvæsenet. Dansk almen praksis yder allerede behandling af høj kvalitet. Den er billig og effektiv og har høj patienttilfredshed.

Almen praksis håndterer selv 90 % af alle henvendelser til klinikkerne, og 70 % af alle patientforløb involverer slet ikke andre sundhedsaktører. I lovforslaget har man fokus på, at egen læge skal varetage flere af de opgaver, der i dag løses på sygehusene. Lovforslagets bemærkninger flytter generelt det faglige fokus til den specialiserede del af sundhedsvæsenet og glemmer kerneopgaverne i almen praksis. Vi frygter, at den basale patientbehandling forringes, hvis fokus for opgaverne flyttes.

Almen medicin hviler på relationen mellem læge og patient med kontinuitet som det helt afgørende fundament. Relationel kontinuitet er en kernefaglighed i almen praksis og en forudsætning for høj kvalitet i behandlingen. Der foreligger solid evidens for, at kontinuitet i relationen til egen læge er forbundet med lavere dødelighed, færre akutte indlæggelser, mindre brug af lægevagt og færre hospitalsydelser. [1]

¹ Sidaway-Lee K, Pereira Gray OBE D, Harding A, Evans P. What mechanisms could link GP relational continuity to patient outcomes? Br J Gen Pract. 2021 May 27;71(707):278-281. doi: 10.3399/bjgp21X716093. PMID: 34045259; PMCID: PMC8163455.

Et stort dansk registerstudie med 4,5 mio. voksne har igen påvist disse effekter, selv efter justering for alder, køn, socioøkonomi og sygdomsbillede. [2] Almen praksis er den bedste garanti for kontinuitet, fordi lægerne bliver hos deres patienter i gennemsnitligt 17 år.

2.4 Erfaringer fra Norge

I Norge har fastlægerne også gennemgået en reformproces med Samhandlingsreformen fra 2009. Målet var, at fastlægen skulle være drivkraft i et mere forebyggende, koordineret og nært sundhedstilbud. Da reformen blev evalueret af EVASAM i 2016, viste det sig, at målene kun delvist blev nået. En central årsag var, at fastlægerne ikke var obligatoriske parter i de lovpligtige samarbejdsaftaler, og at deres rolle i koordineringen af patientforløb manglede klare strukturelle rammer. Resultatet var, at fastlægerne ikke fik reelle betingelser for at udfylde den rolle, reformen havde tiltænkt dem, og rekrutteringen blev negativt påvirket. Den nye nationale plan for samhandling 2024–2027 forsøger at rette op på dette ved systematisk at inddrage fastlægerne i udvikling og evaluering.

Vi håber på, at vi i Danmark kan drage lære af denne proces og sikre inddragelse af den almenmedicinske viden og erfaring og indtænke de praktiserende læger fra starten.

Uden involvering af de praktiserende læger er det som fagvidenskabeligt specialeselskab vanskeligt at se dette lovforslag som andet end afvikling af specialet almen medicin. Det vil være et stort tab for det danske sundhedsvæsen.

3. Centrale problemområder

3.1 Opgavebeskrivelsen

DSAM bifalder, at opgaverne for det almenmedicinske tilbud beskrives i en national opgavebeskrivelse og i en basisfunktion for almen praksis. En national almenmedicinsk opgavebeskrivelse giver mulighed for at forankre de almenmedicinske kerneværdier i en fælles faglig ramme og kan med den nødvendige faglige inddragelse omsættes til konkrete fordele for både faget, patienterne og det samlede sundhedsvæsen. Desuden kan en opgavebeskrivelse definere skæringsfladerne mellem almen praksis og de øvrige specialer og dermed forhindre ukontrolleret opgaveglidning og afviste henvisninger. Det kræver viden fra dagligdagen i almen praksis. Det er derfor afgørende, at den almenmedicinske faglighed inddrages løbende i opgavebeskrivelsen, både nu og i fremtiden, og det bør skrives klart ind i loven.

3.2 Samarbejde og faglige institutioner

Samarbejdet mellem de praktiserende læger og myndighederne er udviklet og forfinet i over 5 årtier. Sygesikringsloven fra 1971 var den første lov, der formaliserede samarbejdet med krav om, at der skulle oprettes et samordningsudvalg, som havde til formål at fremme samarbejdet mellem de praktiserende læger og sygehusene.

² Prior, Anders and Rasmussen, Linda Aagaard and Virgilsen, Line Flytkjær and Vedsted, Peter and Vestergaard, Mogens, Continuity of Care in General Practice and Patient Outcomes: A Population-Based Cohort Study in Denmark. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=5213380> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5213380>

Fokus i lovgivningen var engang at sikre adgang og kontakt mellem sektorerne gennem en konsensuspræget tilgang.

I 1990'erne blev der indført krav om udarbejdelse af sundhedsplaner, og der blev for første gang sat krav om kvalitetsmål. Siden er samarbejdsaftaler afløst af sundhedsaftaler, praksisplaner og sundhedsklynger.

Centralt har PLO og Danske Regioner opbygget Fonden for Almen Praksis, hvor parterne i fællesskab har udviklet forskning, efteruddannelse, kvalitet og IT med stor succes. Forskning i almen praksis er blevet et internationalt fyrtårn. Efteruddannelsen er af høj kvalitet og uafhængig af medicinalindustrien. IT-udviklingen har frembragt minlæge-appen, forløbsplaner og integration af den digitale svangrejournale og en dataplatform til populationsomsorg er på vej.

Seneste skud på stammen er KIAP, Kvalitet i Almen Praksis, en velfungerende organisation, som understøtter lægernes kvalitetsklynger, hvor 98 % af lægerne deltager.

DSAM opfordrer til, at det gode samarbejde mellem praktiserende læger og myndigheder skrives ind som en del af lovforslaget.

3.3 Opgaveflytning og kapacitet

De almenmedicinske opgaver ændrer og udvikler sig over tid. Det er efter DSAM's opfattelse en naturlig udvikling. Det er derfor løbende relevant at vurdere, om nye opgaver kan løses af det almenmedicinske speciale. Imidlertid har specialet i årevis ikke fået tilført den kapacitet, der har været nødvendig. Lægemangel i kombination med demografi og opgaveglidning har lagt et betydeligt pres på fagets bæreevne. På grund af manglende politisk prioritering er hverken antallet af læger, kapacitet eller strukturer fulgt med – og gode intentioner for almen praksis er i stedet endt i en implementeringskløft. Den bruges som en undskyldning for at afskaffe det faglige samarbejde og indføre topstyring.

DSAM mener, at flere læger samt en prioritering og investering i almen praksis i sig selv vil kunne styrke og accelerere fagets udvikling, så almen praksis efterhånden kan varetage flere opgaver. Tillid og investering vil øge rekrutteringen og løse lægemanglen. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at beregninger viser, at de første 700 læger frem mod 2035 alene går til at dække lægemanglen og den demografiske udvikling.

Det foreliggende lovforslag indfører i modsætning hertil en mulighed for at tilføre nye opgaver til almen praksis, uden at der er garanti for, at der er kapacitet og læger nok og uden inddragelse af de praktiserende læger. Lægerne har ikke engang mulighed for at klage, hvis der tilføres arbejde, der giver et større ressourcetræk end forventet.

Man ønsker indblik i klinikernes regnskaber, hvilket kan bidrage til, at læger, der arbejder ekstra timer samt udvikler og effektiviserer deres virksomhed med øget overskud til følge, blot tilføres nye opgaver. Dette er gift for motivationen og kan stoppe lægernes udvikling af deres klinikker og få lægerne til at fokusere på bibeskæftigelser i stedet.

3.4 Fremtidens "almenmedicinske tilbud" og rekruttering

Regeringen forudser, at lovforslaget vil medføre en ændret sammensætning af kliniktyper, herunder en stigende andel af udbuds- og regionsklinikker. ^[3] Disse klinikformer vil have svært ved at rekruttere læger.

En ny undersøgelse viser, at unge læger i hoveduddannelse til almen medicin ønsker at arbejde i almen praksis med egne patienter. ^[4] Kun 3 % ønsker at arbejde i regionsklinikker. Hvis man undergraver selvstændigheden og fremmer udbuds- og regionsklinikker, skaber man et "almenmedicinsk tilbud", som der ikke findes læger til. Det vil skade rekrutteringen og forværre lægemanglen.

3.5 Patientperspektivet

Med 5.000 praktiserende læger vil alle borgere frit kunne vælge den læge, de foretrækker.

Dette vil gavne relationen til lægen og dermed patientbehandlingen. Hvis en praktiserende læge tilbyder mindre kontinuitet, dårligere tilgængelighed eller ikke lytter til patienten, vil denne blive fravalgt, fordi der er reel konkurrence mellem lægerne.

Det er imidlertid DSAM's opfattelse, at lovforslaget, som det er fremsat, vil forringe kvaliteten af den almenmedicinske behandling.

Forringet kontinuitet: Flere patienter skal tilknyttes regions- og udbudsklinikker med skiftende vikarer. Der er endda ingen sikkerhed for, at lægerne i regions- og udbudsklinikker er speciallæger i almen medicin. Konsekvensen er tab af både faglighed og langvarige læge-patient-relationer, der som nævnt er afgørende for behandlingen i almen praksis. Dette vil især ramme de mest skrøbelige patienter.

Forringet faglighed: Der er ingen sikring af, at den almenmedicinske faglighed inddrages i kvalitetsarbejde, efteruddannelse, forskning og lokalt samarbejde i sundhedsråd m.v.

Forringet kvalitet: I lovforslaget lægges der op til, at der skal ske en væsentlig omfordeling, hvor klinikker i byerne skal have flere patienter uden at få tilført yderligere ressourcer. Disse patienter vil få sværere ved at få en lægetid og mindre tid hos lægen. DSAM bifalder, at der oprettes nye ydernumre, så læger, der har patienter med høj sygdomsbyrde, får færre patienter. Men lighed i sundhed og øget adgang for nogle patientgrupper må aldrig blive på bekostning af andres helbred.

³ Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud), 2025.02.05, s. 35.

⁴ [FYAM medlemsundersøgelse 2025: pixiversion om rekruttering](#)

4. Konkrete forslag

DSAM foreslår følgende 10 konkrete ændringer af lovforslaget, der styrker fagligheden og understøtter sammenhængen mellem opgaver og kapacitet. De 10 forslag løser reelle problemer i lovforslaget og kan gennemføres indenfor den aftalte politiske ramme.

Almenmedicinsk faglighed

1. **At kravene til basisfunktionen og kerneværdierne for almen praksis præciseres i lovforarbejderne.**
2. **At det af lovteksten fremgår, at Sundhedsstyrelsen udarbejder den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen.**
3. **At det af lovteksten fremgår, at Sundhedsstyrelsen nedsætter et "rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis" og et nationalt videnscenter for almen medicin.**
4. **At de institutioner, der har bidraget til udviklingen af faget, skrives ind i lovforslaget.**
5. **At den almenmedicinske ledelse og faglighed er repræsenteret på sundhedsrådsniveau, når der tages beslutninger, der involverer almen praksis.**

Objektiv sammenligning og prioritering af alle almenmedicinske tilbud

6. **At der i lovforslaget indføres indberetningspligt af ensartede kvalitetsdata fra alle typer almenmedicinske tilbud mhp. evaluering.**

Retssikkerhed omkring nye opgaver og sanktionering af praktiserende læger

7. **At der bør ske en vurdering af tidsforbrug, kapacitet og økonomi ved justering af opgaver i basisfunktionen for almen praksis.**
8. **At Praksisklagenævnets kompetence udvides.**
9. **At Praksisklagenævnets sekretariat gøres uafhængigt af Danske Regioner.**
10. **At Praksisklagenævnet finansieres af egne midler, så lægernes klager ikke tager ressourcer fra patientbehandlingen.**

4.1 DSAM foreslår, at kravene til basisfunktionen og kerneværdierne for almen praksis præciseres i lovforarbejderne

DSAM anbefaler, at det i lovbemærkningerne præciseres, at klinikker, der udfører opgaver indeholdt i den nationale opgavebeskrivelse, anses som en del af det almenmedicinske tilbud og derfor skal opfylde kravene i basisfunktionen, samt at der i basisfunktionen skal være fysisk tilstedeværelse af speciallæger i almen medicin enten som ejerlæger eller ansatte. Formålet med præciseringen er at sikre patienterne et behandlingstilbud, der opfylder samme krav til faglighed i alle almenmedicinske tilbud. DSAM foreslår derudover, at basisfunktionen ikke alene skal beskrive opgaver og tekniske krav, men også tydeligt afspejle almen praksis' særlige kerneværdier – herunder kontinuitet i læge-patient-relationen, lokal forankring af praksis, helhedsorienteret behandlingsansvar, visitation og gate-keeping.

DSAM foreslår, at det i forarbejderne til loven præciseres:

- At klinikker, der udfører almenmedicinsk behandling omfattet af den nationale opgavebeskrivelse, anses som en del af det almenmedicinske tilbud og derfor skal opfylde kravene i basisfunktionen.
- At basisfunktionen stiller krav om, at der skal være fysisk tilstedeværelse af læger med autorisation som speciallæge i almen medicin.
- At basisfunktionen eksplicit skal sikre rammer for kontinuitet i læge-patient-relationen.
- At kvalitetsmål ikke alene omfatter aktivitetsbaserede indikatorer, men også skal inkludere praksisnære indikatorer som patientoplevelt kvalitet, kontinuitet og generalistkompetence.
- At den myndighedsrettede del af opgavebeskrivelsen skal indeholde sektorens forpligtelser til præ- og postgraduat uddannelse.

4.2 DSAM anbefaler, at det af lovteksten fremgår, at Sundhedsstyrelsen udarbejder den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen

I lovforslagets § 57 l introduceres en ny reguleringsramme, hvori indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion. Denne opgavebeskrivelse skal udmønte målsætningerne i den nationale sundhedsplan og danne grundlag for regionernes tilrettelæggelse af det samlede almenmedicinske tilbud.

I de forklarende bemærkninger til lovforslaget fremgår, at opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud fremover skal fastlægges af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante faglige selskaber. Dette fremgår imidlertid ikke af lovteksten, hvilket er problematisk. DSAM ønsker, at det i lovgivningen tydeliggøres, at det er Sundhedsstyrelsen, som udarbejder den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen for almen praksis. Sundhedsstyrelsen er garant for den faglige ekspertise og kan beskytte klinikkerne mod ikke fagligt begrundede ændringer i opgavebeskrivelsen.

DSAM foreslår, at det i sundhedslovens § 57 l, stk. 1 tilføjes: *at Sundhedsstyrelsen fastsætter krav og opgaver mv. til det almenmedicinske tilbud.*

4.3 DSAM anbefaler, at det af lovteksten fremgår, at Sundhedsstyrelsen nedsætter et "rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis" og et nationalt videnscenter for almen medicin

I lovforslagets forklarende bemærkninger står, at opgavebeskrivelsen skal fastlægges med inddragelse af relevante faglige aktører og med inddragelse af faglige input fra relevante aktører.

DSAM er enig i disse bemærkninger. Det er vigtigt, at opgavebeskrivelsen sker med bred inddragelse af relevante aktører. Manglende faglig forankring vil kunne svække almen praksis' kernefaglighed og den lokale tilpasningsevne.

DSAM foreslår på den baggrund, at der nedsættes et centralt rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis efter samme principper som det rådgivende udvalg for specialeplanlægning på sygehusområdet, jf. sundhedslovens § 207 og bekendtgørelse nr. 1645/2005.

Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis foreslås nedsat af Sundhedsstyrelsen og at bestå af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, DSAM, PLO, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening.

Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis har til formål at rådgive Sundhedsstyrelsen om opgavebeskrivelsen og basisfunktionen for almen praksis. Udvalget skal bidrage til at sikre faglig kvalitet, sammenhæng i ydelser mellem region, kommune og almen praksis og kapacitet i almen praksis. Udvalget er et centralt rådgivende organ ved fastsættelse og ændring af opgaver i almen praksis.

Udvalgets hovedopgaver er:

- At rådgive Sundhedsstyrelsen forud for ændringer i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for almen praksis.
- At rådgive Sundhedsstyrelsen i forbindelse med ændring i sundhedsplanen, regionale sundhedsplaner og nærsundhedsplaner.
- At vurdere kapacitet: Sundhedsstyrelsen forelægger analyser af kapaciteten i almen praksis, der dokumenterer de økonomiske og arbejdsmæssige konsekvenser ved ændringer i opgaverne for almen praksis, før nye opgaver indføres.
- At vurdere sammenhæng i ydelser på tværs af sektorgrænser og kontinuitet i patientbehandlingen.
- At fremme inddragelse og dialog mellem relevante aktører med henblik på en fagligt og organisatorisk bæredygtig udvikling af almen praksis.

Udvalget skal for at opfylde sin rådgivende opgave høres forud for ændringer i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen. Udvalgets udtalelser offentliggøres samtidig med offentliggørelsen af forslag til ændringer.

Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning skal understøttes af et nationalt videnscenter for almen medicin. Formålet med et videnscenter er at tilvejebringe et uafhængigt, evidensbaseret grundlag for de beslutninger og anbefalinger, der træffes om almen praksis. Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning får dermed adgang til solide analyser af evidens, opgaveomfang, tidsforbrug og kapacitet, når nye opgaver foreslås flyttet til almen praksis. Uden et sådant datagrundlag risikerer politiske og administrative beslutninger at hvile på skøn og hensigtserklæringer. Med et videnscenter kan specialerådet kvalificere debatten med solide beregninger og scenarier og dermed sikre, at omlægninger kun gennemføres, hvis de er realistiske i forhold til klinikkernes drift og kapacitet.

Videnscentret foreslås placeret som et selvstændigt center på et universitet med et medicinsk fakultet. Videnscentret sikres dermed uafhængighed, forskningsforankring og faglig legitimitet.

Videnscentret kan også servicere andre offentlige myndigheder, fx aftaleparterne og sundhedsrådene. Det kan bistå med forslag og beregninger, når der lokalt skal udarbejdes løbsbeskrivelser. Det vil på sigt kunne understøtte den almenmedicinske ledelse i sundhedsrådene/sygehusdirektionen med evidens for hensigtsmæssigt sektorsamarbejde og opgavefordeling, mhp. at patienterne oplever et sammenhængende sundhedsvæsen med et minimum af overgange.

DSAM forslår, at der indsættes en ny § 57 m:

§ 57 m stk. 1. Sundhedsstyrelsen nedsætter et rådgivende specialeudvalg for almen praksis. Udvalget skal høres forud for ændringer i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen for almen praksis. Udvalgets udtalelser offentliggøres samtidig med offentliggørelsen af forslag til ændringer.

Stk. 2. Der oprettes et Videnscenter for Almen Medicin med det formål at understøtte specialerådet for almen medicin og andre relevante myndigheder og aktører.

Stk. 3. Videnscenteret skal gennemføre analyser af evidens, opgavens omfang, tidsforbrug og kapacitetsbehov i almen praksis, herunder i forbindelse med omlægninger og nye opgaver. Videnscenteret skal herunder bidrage til udviklingen af samarbejdet mellem almen praksis og øvrige dele af sundhedsvæsenet, herunder ved at fremkomme med forslag til forbedringer og kvalificere forslag fra andre aktører.

Stk. 4. Videnscenteret forankres ved et universitet med et sundhedsvidenskabeligt fakultet.

4.4 DSAM foreslår, at de institutioner, der har bidraget til udviklingen af faget, skrives ind i lovforslaget

I lovforslagets § 57 l stk. 1 fastsættes krav og opgaver til det almenmedicinske tilbud i den nationale opgavebeskrivelse og i en basisfunktion. I de ledsagende bemærkninger til bestemmelsen står, at den nationale opgavebeskrivelse også omfatter regionernes understøttelse af forskning i almenmedicinske tilbud og patientforløb i det primære sundhedsvæsen og dataunderstøttet kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Der er i lovforslaget ikke en ny organisering af forskningen, men derimod en bred

formulering af Sundhedsstyrelsens og regionernes ansvar. Der nævnes ingen forpligtelse til faglig inddragelse af lægerne. Der er ingen videreførelse af de eksisterende samarbejdsorganer, såsom Fonden for Almen Praksis, der omfatter efteruddannelsen, forskningsenhederne, KiAP og IT-udvikling, og heller ikke de lokale kvalitets- og efteruddannelsesenheder, KAP eller KEU.

Det er efter DSAM's opfattelse afgørende, at den almenmedicinske faglighed inddrages systematisk. Uden en tydelig videreførelse og øremærket finansiering trues fagets internationalt anerkendte kvalitetsinfrastruktur med afvikling. Det vil forringe fagligheden og ramme patienterne.

DSAM anbefaler:

- At der oprettes et Fagligt Udvalg for Almen Praksis, som erstatter for Fonden for Almen Praksis.
- At der på Finansloven afsættes midler til Fagligt Udvalg for Almen Praksis, som reguleres i takt med antallet af praktiserende læger.
- At Fagligt Udvalg for Almen Praksis varetager de opgaver, der hidtil er varetaget af Fonden for Almen Praksis, herunder forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse og IT.
- At Fagligt Udvalg for Almen Praksis består af medlemmer udpeget af PLO, Danske Regioner og som nyt af DSAM, og hvor PLO og DSAM har 4 medlemmer og Danske Regioner har 4 medlemmer.
- At formandskab går på skift mellem parterne.
- At der oprettes tre underudvalg; et forsknings- og kvalitetsudviklingsudvalg, et efteruddannelsesudvalg og et IT-udvalg.
- At DSAM fungerer som sekretariat for Forsknings- og Kvalitetsudviklingsudvalget.
- At PLO fungerer som sekretariat for Efteruddannelsesudvalget og IT-udvalget.

DSAM forslår derfor, at der indsættes en ny § 57 n:

§ 57 n, stk. 1. Indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at etablere et Fagligt Udvalg for Almen Praksis med det formål at fremme forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse inden for almen medicin. Ministeren fastsætter nærmere regler om udvalgets sammensætning, herunder antallet af medlemmer og sammensætning.

4.5 DSAM foreslår, at den almenmedicinske ledelse og faglighed er repræsenteret på sundhedsrådsniveau, når der tages beslutninger, der involverer almen praksis

DSAM foreslår, at den almenmedicinske faglighed forankres på regions- og sundhedsrådsniveau for at sikre bæredygtige lokale løsninger, som er praktisk gennemførlige inden for almen praksis' rammer og med færrest mulige sektorskift.

Den almenmedicinske faglighed kan forankres i en ny samarbejdsstruktur – for enkeltheds skyld kaldet SAM. Den samler de tidligere regionale organisationer KAP (Kvalitet i Almen Praksis), KEU (Kvalitet og Efteruddannelse) og PKO (praksiskonsulenter) med noget helt nyt – nemlig connect til den nye almenmedicinske leder.

Den almenmedicinske leder bør være repræsenteret i koncernledelsen (evt. i sygehusdirektionen i hvert sundhedsrådsområde) ligestillet med øvrige direktionsmedlemmer. Lederen bør være almenmediciner og have aktivt patientarbejde i almen praksis for at bevare kendskabet til klinisk hverdag. Den almenmedicinske leder og overlæge skal både bygge bro til andre specialer og styrke almen praksis' rolle som kontinuitetsbærende aktør i sundhedsvæsenet. Lederen skal også deltage til bestyrelsesmøder i den nye samarbejdsorganisation.

Den nye samarbejdsenhed SAM bør have følgende opgaver:

- Bygge bro mellem almen praksis og øvrige sundhedsaktører,
- give fagligt input til sundhedsråd og nærsundhedsplaner,
- bidrage til implementering af sundhedsrådsbeslutninger,
- udarbejde og godkende forløbsbeskrivelser,
- definere kvalitetsmål og vejlede almen praksis,
- diskutere aktuelle samarbejdsudfordringer,
- drive konsulentvirksomhed om organisation, ledelse, kvalitetsudvikling og efteruddannelse,
- arrangere lokale efteruddannelses- og kvalitetsmøder,
- sikre kobling mellem centrale kvalitets- og efteruddannelsesinitiativer og det lokale arbejde.

Den almenmedicinske overlæge bør have følgende opgaver:

- Indgå i sygehusdirektionen med almenmedicinsk perspektiv,
- sikre at sygehusfunktioner understøtter almen praksis (fx dialog om afviste henvisninger i samarbejde med praksiskonsulenter, bedre mulighed for diagnostiske undersøgelser),
- bringe spørgsmål fra sygehusledelsen videre til SAM,
- deltage i SAM-bestyrelsesmøder,
- analysere data om aktivitet og kvalitet i almen praksis,
- planlægge og foreslå faglig udvikling i almen praksis via SAM,
- tage dialog med konkrete læger.

4.6 DSAM foreslår, at der i lovforslaget indføres indberetningspligt af ensartede kvalitetsdata fra alle typer almenmedicinske tilbud mhp. evaluering

I lovforslaget ligestilles almenmedicinske klinikker med udbudsklinikker og regionsklinikker. Regionerne kan frit vælge mellem de forskellige praksisformer, og de kan oprette klinikker, der kun løser bestemte opgaver. Med lovforslaget vil der ske indgribende ændringer, og der vil derfor være behov for evaluering af kvalitet i de enkelte klinikformer for at følge op på lovgivningens resultater.

I lovbemærkningerne fremhæves behovet for indsigt i almen praksis flere steder, herunder adgang til data om aktivitet og kvalitet på klinikniveau, oplysninger om virksomhedskonstruktion, bemanning og organisering af de enkelte klinikker – ligesom det nævnes, at det kunne omfatte indblik i regnskaber. Formålet er at understøtte regionernes ledelses- og styringsopgaver samt tilsyn og kontrol med, at klinikkerne lever op til de fastsatte krav og opgaver.

Lovudkastet indeholder ikke en udtømmende liste over præcist hvilke typer data, der skal indsamles fra almen praksis, og det beskrives ikke nærmere, hvem der konkret skal stå for dataindsamlingen, eller hvordan den skal organiseres. Det fremgår, at nærmere regler herom vil blive fastlagt i kommende regulering med ikrafttrædelse fra 1. januar 2027. Klinikkerne vil dog formentlig blive pålagt indberetningspligt.

DSAM anbefaler, at datakravene tydeliggøres i lovgivningen, baseres på klare formål og teknisk gennemførlige løsninger. Der bør i videst muligt omfang gøres brug af allerede indberettede data. Nærmest alle strukturerede data er allerede i dag tilgængelige fra almen praksis.

Det er DSAM's opfattelse, at adgang til data bør anvendes til at styrke kvalitet og sammenhæng i alle typer af almenmedicinske tilbud og at alle tilbud derfor skal levere de samme data. Data bør leveres både til regionerne og Sundhedsstyrelsen. Data kan bruges til at beskrive udviklingen og sikre mulighed for sammenligning af kvalitet og pris på tværs af modeller. Især kontinuitet og rekruttering bør måles og anvendes som indikatorer for reformens succes.

DSAM foreslår, at de indsamlede data indgår i den samlede planlægning af sundhedsvæsenet og årligt forelægges Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis.

Følgende data bør indberettes fra almen praksis, regionsklinikker og udbudsklinikker:

- Kontinuitet i lægelig behandling
- Tilstedeværelse af speciallæger i almen medicin
- Patienttilfredshed
- Behandling i relation til sygdomsbyrde
- Antal henvisninger
- Antal afviste henvisninger

- Antal akutte indlæggelser og genindlæggelser
- Kontakter til AMK, lægevagt, 1813 og 1818
- Pris pr. patient

Det bør løbende sikres, at de indberettede data reelt afspejler kvaliteten i almen praksis, og at datagrundlaget fra de enkelte klinikker har en validitet og ensartethed, der gør det egnet til at understøtte og fremme kvalitetsudvikling på klinikniveau. Problemer med data-kvalitet er i mange andre sammenhænge blevet undervurderet, hvilket har ført til problemfyldte og dyre implementeringer – som fx set med de automatiske ejendomsvurderinger.

DSAM foreslår, at der indsættes ny § 57 o:

§ 57 o, stk. 1. Sundhedsministeren fastsætter regler om indsamling og anvendelse af data vedrørende aktivitet, kvalitet, antal speciallæger i almen medicin, og udgift pr. patient, i de almenmedicinske tilbud.

Stk. 2. De indsamlede data skal danne grundlag for Sundhedsstyrelsens evaluering af det samlede almenmedicinske tilbuds udvikling. Evalueringen skal blandt andet belyse kontinuitet i patientbehandling, tilstedeværelse af speciallæger i almen medicin, patienttilfredshed, behandling i relation til sygdomsbyrde, henvisningsmønstre samt indlæggelser og genindlæggelser.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsens evaluering udarbejdes én gang årligt og forelægges det rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis.

4.7 DSAM anbefaler, at der bør ske en vurdering af tidsforbrug, kapacitet og økonomi ved justering af opgaver i basisfunktionen for almen praksis

I lovforslaget lægges der op til, at den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion løbende skal opdateres og at Sundhedsstyrelsen administrativt kan ændre i basisfunktionen for almen praksis. Det er i bemærkningerne til lovforslaget begrundet med et ønske om omstilling og faglig udvikling samt et ønske om at sikre, at der er balance mellem opgaver, krav og ressourcer. I lovforslaget lægges der samtidig op til, at kun væsentlige ændringer i basisfunktionen udløser genforhandling af økonomien i almen praksis. Det er uklart, hvordan væsentlighed konkret vurderes. Sidstnævnte påvirker kun praktiserende læger, idet regionerne frit kan tilføre ressourcer til regions- og udbudsklinikker uafhængigt af opgaverne.

For at sikre efterlevelse af lovforslagets intentioner om, at der foretages en vurdering af balancen mellem opgaver, krav og ressourcer foreslår DSAM, at der i sundhedsloven indføres krav om, at Sundhedsstyrelsen sammen med forslag om ændringer i opgaver og krav i basisfunktionen fremlægger dokumentation for opgavens arbejdsbelastning og kapacitetskrav i almen praksis. Der vil i praksis ske en løbende tilpasning af samarbejdet, faglig udvikling, sundhedsplaner og nærsundhedsplaner, som også påvirker kapaciteten i almen praksis. DSAM foreslår derfor, at Sundhedsstyrelsen løbende vurderer balancen mellem opgaver og krav og hvordan det påvirker arbejdsbelastning og kapacitet i almen praksis. Sundhedsstyrelsen kan til brug for beregningerne lade sig bistå af Videnscenter for Almen Medicin.

For at sikre transparens foreslår DSAM, at Sundhedsstyrelsens vurdering forelægges til udtalelse hos Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning i almen praksis.

DSAM foreslår:

- At ændringer i basisfunktionen, uanset om de anses for væsentlige eller ej, skal forelægges Det rådgivende specialeudvalg ledsaget af dokumentation for forventet tidsforbrug og udgifter.
- At det i forarbejderne til loven præciseres, at nye kliniske funktioner med behov for nyt udstyr, procedurer eller væsentlig faglig omstilling anses som en væsentlig ændring.
- At der indføres årlig vurdering af, om der er balance mellem opgaver og krav, kompetencer og kapacitet, og at denne vurdering forelægges Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis.

DSAM foreslår, at der indsættes en ny § 57 p.:

§ 57 p, stk. 1. Sundhedsstyrelsen udarbejder i forbindelse med fremsættelse af forslag til ændringer i basisfunktionen for almen praksis en fagligt begrundet vurdering af den forventede arbejdsbelastning. Vurderingen forelægges Specialrådet for almen praksis og skal omfatte de kapacitetsmæssige konsekvenser og deres betydning for klinikernes mulighed for at opfylde opgavebeskrivelsen.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen skal løbende overvåge og vurdere balancen mellem den samlede opgaveportefølje og kapaciteten i almen praksis og offentliggøre sine vurderinger mindst én gang årligt.

4.8 DSAM anbefaler, at Praksisklagenævnets kompetence udvides

Praksisklagenævnet er ifølge lovforslaget en uafhængig klageinstans. Nævnet behandler klager over regionernes administrative afgørelser om manglende efterlevelse af opgaver og krav fastsat i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen for almen praksis.

Praksisklagenævnet tager stilling til, om lægen efterlever basisfunktionen, men er efter lovforslaget afskåret fra at vurdere, om ændringer i basisfunktionen, der er indført af Sundhedsstyrelsen, er væsentlige.

Læger kan dermed blive sanktioneret for ikke at løse opgaver i basisfunktionen, selvom opgaverne viser sig at være mere omfattende end forventet og burde have affødt en forhandling og ressourcetilførsel. Nævnet kan heller ikke behandle klager over fx administrative beslutninger, der rammer praksisdriften. Der er med nedlæggelsen af samarbejdsudvalgene ikke længere et organ, der kan tage stilling til forhold vedrørende samarbejdet mellem regionerne og almen praksis. Det skyldes, at nævnets kompetence er begrænset til prøvelse af afgørelser truffet af regionerne.

DSAM foreslår derfor, at klagenævnets kompetence udvides på to områder.

For det første: DSAM foreslår, at Praksisklagenævnets kompetence udvides mhp., at man ved klager over regionernes afgørelser kan tage stilling til om ændring af opgaver i

basisfunktionen, der ikke er indgået aftale om, er væsentlige.

DSAM foreslår, at der indsættes en ny § 233 a, stk. 2 og 3 samt en ny § 276 c:

§ 233 a, stk. 2. Praksisklagenævnet kan som led i behandlingen af klager over regionernes afgørelser og administrative beslutninger tage stilling til om ændring af opgaver i basisfunktionen iværksat efter § 57, og som der ikke er indgået aftale om, er væsentlig, uanset regionens eller sundhedsstyrelsens vurdering.

Stk. 3. Ved vurderingen af, om ændringer i basisfunktionen er væsentlige, skal nævnet lægge vægt på, om balancen mellem opgaver og krav samt arbejdsbelastning og kapacitet i almen praksis påvirkes i et omfang, der har væsentlig betydning for klinikkernes drift og mulighed for at opfylde basisfunktionen. I vurderingen kan bl.a. indgå krav til bemanning, åbningstid og tilgængelighed, dokumentations- og datakrav, it- og udstyrsforpligtelser, kompetence- og efteruddannelseskrav samt andre forhold med væsentlige driftsmæssige konsekvenser.

Stk. 4. Finder Praksisklagenævnet, at en ændring er væsentlig, kan ændringen ikke gennemføres uden forudgående aftale efter § 227 a eller ved regler fastsat i medfør af § 57 l, stk. 4. Klager over sådanne ændringer har opsættende virkning, indtil nævnets afgørelse foreligger.

For det andet: DSAM foreslår, at Praksisklagenævnets kompetence udvides til at omfatte andet end afgørelser truffet af regionerne efter § 276 b, så lægerne også kan klage over administrative beslutninger.

DSAM foreslår, at det i forarbejderne præcises, at der ved **administrative beslutninger** forstås bl.a. henstillinger, vejledninger, instrukser, pålæg om administrative rutiner, data- og dokumentationskrav, it-procedurer og andre driftsrettede dispositioner rettet mod de enkelte klinikker.

*§ 276 c, stk. 1. Regionsrådets truffet i medfør af §§ 57 l, 206 b, **276 a-276 b** og 227 c samt **administrative beslutninger** vedrørende samarbejde og driftsforhold, der udspringer af disse bestemmelser, kan, hvis ikke andet er fastsat i loven eller regler udstedt i medfør heraf, påklages til Praksisklagenævnet, jf. §§ 233 a og 233 b. Bestemmelsen omfatter ikke generelle regler fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren i medfør af § 57 l, stk. 4.*

4.9 DSAM foreslår, at Praksisklagenævnets sekretariat gøres uafhængigt af Danske Regioner

Danske Regioner fungerer efter lovforslaget som sekretariatet for Praksisklagenævnet. Sekretariatet forbereder efter lovforslaget behandling af sager, der skal forelægges klagenævnet. Sekretariatet forestår dermed sagsoplysninger, høring af sagens parter og udarbejder indstilling til afgørelse i de enkelte sager, som forelægges Praksisklagenævnet til afgørelse.

Danske Regioner er interesseorganisation for regionerne og arbejdsgiver for det sekretariat, der forbereder og udarbejder indstilling til afgørelse i Praksisklagenævnet, som behandler klager over afgørelser truffet af Danske Regioner egne medlemmer.

Lægeforeningen har i juni 2025 – efter mange års arbejde – opnået væsentlige forbedringer i tilsynssystemet og patientklagesystemet. Med afsæt i erfaringerne fra bl.a. Svendborgsagen har fokus været at sikre større proportionalitet, gennemsigtighed og retssikkerhed for sundhedspersoner. DSAM vurderer, at disse principper også bør gælde for det foreslåede Praksisklagenævn.

Danske Regioner har en åbenlys interessekonflikt, der svækker tilliden til sekretariatets uafhængighed. Det er i lovforslaget præciseret, at sekretariatet skal være uafhængigt af Danske Regioner, at sekretariatet refererer direkte til Praksisklagenævnet og i bemærkningerne uddybes, at sekretariatet ikke må modtage instruktioner fra Danske Regioner om behandlingen af konkrete sager.

Selvom lovforslaget anfører, at sekretariatet skal være "uafhængigt", skaber den foreslåede struktur en iboende interessekonflikt, herunder:

- At placeringen af sekretariatet hos Danske Regioner indebærer en reel risiko for organisatorisk inhabilitet, fordi sekretariatet organisatorisk er forankret i den samme interesseorganisation, hvis medlemmer nævnets afgørelser retter sig imod.
- At sekretariatet ikke er økonomisk uafhængigt, når Danske Regioner finansierer og huser sekretariatet med risiko for indirekte påvirkning gennem ressourcetildeling og prioriteringer.
- DSAM finder det afgørende, at retssikkerheden styrkes og ikke svækkes, når der sker så vidtgående ændringer i det almenmedicinske landskab. Der bør ikke gælde lavere retssikkerhedskrav for Praksisklagenævnet end for tilsyn og patientklager – tværtimod. Der er tale om vurderinger, som har direkte betydning for klinikkernes eksistensgrundlag. Vi anbefaler, at sekretariatet for at sikre reel uafhængighed og tillid til klagesystemet bør placeres i Nævnenes Hus eller anden neutral institution – ikke hos den interesseorganisation, der repræsenterer de medlemmer, hvis sager nævnet træffer afgørelse i.

DSAM foreslår, at der indsættes ny § 233 c:

§ 233 c. stk. 1. Praksisklagenævnet bistås af et sekretariat, der organisatorisk er forankret i Nævnenes Hus. Sekretariatet skal herunder bistå med forberedelse og behandling af sager der forlægges Praksisklagenævnet.

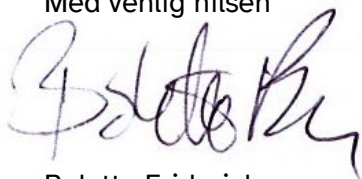
Stk. 2. Sekretariatet refererer direkte til Praksisklagenævnet angående sager, der indbringes for Praksisklagenævnet. Praksisklagenævnets sekretariat må ikke modtage instruktioner fra andre myndigheder eller organisationer om behandlingen af konkrete sager.

Stk. 3. Nævnenes Hus er arbejdsgiver for sekretariatets personale og stiller de nødvendige ressourcer til rådighed for sekretariatets opgaver. Udgifter til drift af Praksisklagenævnets og dets sekretariat afholdes ligeligt af regionerne.

**4.10 DSAM foreslår, at Praksisklagenævnet finansieres af sin egen pulje, så læger-
nes klager ikke tager ressourcer fra patientbehandlingen**

Det fremgår af loven, at klagenævnet finansieres gennem den økonomiske ramme for de almenmedicinske tilbud. Dette betyder reelt, at jo mere lægerne klager, jo mindre ressourcer bliver der til patientbehandlingen i alle almenmedicinske tilbud. Praksisklagenævnet bør derfor have selvstændig finansiering, hvilket bør fremgå af lovforarbejderne.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM

Høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven, vedr. ændringer af sundhedsloven om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Vi vil gerne takke for muligheden for at indgive høringssvar til det fremlagte lovforslag og dets ambition om at styrke det almenmedicinske tilbud.

Vi anerkender fuldt ud de komplekse udfordringer, som de alment praktiserende læger står overfor – herunder stigende arbejdspress, mangel på sundhedspersonale og ulighed i sundhed.

Vi er samtidig bevidste om den betydelige opmærksomhed, som lovforslaget har fået – ikke mindst på sociale medier, hvor især yngre læger har givet udtryk for bekymring og frustration for fremtiden i almen praksis. Det er en debat, vi følger med stor respekt og forståelse for den uro, der præger almen praksis i disse år. I den kontekst vil vi blot kort nævne, at ernæringen skal have en større opmærksomhed også i almen praksis.

Derfor vil vi med dette høringssvar gerne stille os til rådighed som en faglig ydelse, der kan understøtte almen praksis – særligt i mødet med patienter med ernæringsrelaterede udfordringer. Vi oplever, at der i stigende grad er behov for ernæringsfaglig støtte, og vi hører fra flere læger, at de savner adgang til netop den type kompetencer som diætister har til deres kronikere, der har behov for diætbehandling og kostvejledning (1).

Menon-rapporten fra 2022 dokumenterer, at også underernæring og fejlnæring blandt ældre medfører betydelige samfundsøkonomiske omkostninger – både i form af øget behov for behandling, længere indlæggelser og tab af funktionsevne. Samtidig viser rapporten, at en målrettet tværfaglig ernæringsindsats kan reducere disse omkostninger og forbedre livskvaliteten for den enkelte (2).

Særligt blandt skrøbelige ældre og personer med funktionsnedsættelser ser vi et stort behov for ernæringsfaglig støtte også i kombination med genoptræningen. Her kan kliniske diætister bidrage med individuel vejledning, vurdering af ernæringstilstand og samarbejde med øvrige sundhedsprofessionelle (fx fysioterapeuter og sygeplejerskerne) og i forskellige sektorer, også plejehjem og bosteder – som en del af en helhedsorienteret indsats.

Vi håber, at der i det videre arbejde med lovforslaget også vil være en opmærksomhed på, hvordan flere faggrupper – herunder bl.a. kliniske diætister – kan bidrage til at løfte opgaven i almen praksis. Altså som et supplement, der med nye strukturelle rammer kan styrke både kvaliteten og kapaciteten i det samlede sundhedstilbud for især ældre og kronikere.

Med venlig hilsen

Mette Theil,

Formand Fagligt selskab af Kliniske Diætister i Kost og Ernæringsforbundet.

Mail: mp@diaetist.dk, Tlf.: 26855978

- 1) Fagligt selskab af Kliniske Diætister. Rammeplan. Ernærings-og diætbehandling af voksne med type 2-diabetes (1. udgave). København: Fagligt selskab af Kliniske Diætister; 2021
- 2) Skogli E, Rødal M, Halvorsen C et al. Samfundsøkonomiske konsekvenser af underernæring. MENON-PUBLIKATION NR. 135/2024. Menon Economics (2024).

Høringssvar vedrørende lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

18/08/25

På vegne af Foreningen af Danske Lægestuderende (FADL)

Til Sundheds- og Indenrigsministeriet

Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget om ny organisering af almen praksis. Dertil anerkender og deler vi til fulde de politiske ambitioner om at sikre et stærkt almenmedicinsk tilbud til alle borgere i hele landet.

I FADL er vi grundlæggende optimistiske hvad angår fremtidens almen praksis. Vi har siden 2017 indsamlet data på, hvilket af de 39 lægelige specialer, som fremtidens læger ønsker at søge imod. Og det gælder, at specialet i almen medicin kontinuerligt er det klart mest populære speciale. Dertil arbejder rekordmange lægestuderende i almen praksis, viser en nylig analyse fra PLO.

I lyset af det positive billede af, hvor mange af fremtidens læger der ønsker at arbejde inden for almen praksis, er vi dog bekymrede for, at de ændringer, som det pågældende lovforslag lægger op til, vil have en negativ effekt på rekrutteringen af fremtidige læger til almen praksis og dermed modvirke de politiske ambitioner om at sikre lægedækning i hele landet.

Det handler først og fremmest om, at lovforslaget i dets nuværende form i høj grad fratager de praktiserende læger indflydelse på deres arbejdsliv, når rammerne for almen praksis ikke længere skal forhandles mellem PLO og Regionerne, men derimod være fastlåst ved lov. Det er netop den høje grad af selvstændighed i tilrettelæggelsen af klinikdriften som gør, at denne karrierevej er attraktiv for mange fremtidige læger. Dertil kommer, at den nye organisering som lovforslaget lægger op til, vil skabe øget usikkerhed omkring de fremtidige rammer for de praktiserende læger, når disse ikke vil skulle forhandles, men vil kunne ændres ved lov.

FADL opfordrer regeringen til at revurdere udspillet til ændringer af organiseringen af det almenmedicinske tilbud. Danmark har en velfungerende almen praksis og vi ser positive tendenser, hvad angår fremtidens lægers interesse for at arbejde i almen praksis. På den baggrund er vores klare anbefaling, at man finder en model for organisering, som sikrer den medbestemmelse, som gør almen praksis til en attraktiv arbejdsplads for fremtidens læger.

København, den 21. august 2025

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkastet til lovforslag om ændring af sundhedsloven vedrørende national opgavebeskrivelse, basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, vilkår for praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.

FYAM repræsenterer 1.600 yngre læger i almen medicin og har i de seneste år aktivt arbejdet for at styrke rekrutteringen til specialet, blandt andet gennem konstruktiv dialog med ministeriet, regionsrådsformænd, DSAM, PLO og i den sundhedspolitiske debat. Vi anerkender og bakker op om ambitionen om at styrke almen praksis som fundament i sundhedsvæsenet.

Generelle betragtninger

Vi mener, at lovforslaget desværre i højere grad lægger op til kontrol og styring af almen praksis frem for tillid, kvalitet og et stærkt samarbejde mellem praktiserende læger og Danske Regioner. Forslaget virker forhastet, og flere vigtige elementer bør justeres og præciseres, som vi vil uddybe nedenfor.

Overordnet er vi bekymrede for, at lovpakken vil underminere de praktiserende lægers evne til at levere behandling af høj kvalitet baseret på kontinuitet og patientcentreret tilgang, som er styrken i almen praksis. Desuden er vi bekymrede for, at rekrutteringen til specialet almen medicin vil rammes, når det ændres grundlæggende ved organiseringen af almen praksis.

Forandring tager tid. Der er allerede iværksat initiativer for bedre lægedækning med øget dimensionering af speciallægeuddannelsen i almen medicin og en ny national fordelingsmodel. Vi foreslår derfor, at man grundigt genovervejer, hvor store forandringer der bør indføres i organiseringen af almen praksis, da de risikerer at modvirke den positive udvikling, som vi aktuelt står i.

Konsekvenser for patienterne

Kerneverdierne i almen medicin er relationen og kontinuiteten mellem læge og patient, som danner grundlaget for sikker diagnosticering og målrettet behandling. Det personlige kendskab til patienten gør det muligt at differentiere mellem akutte, alvorlige og mindre alvorlige symptomer samt øger patienttilfredsheden markant – som bl.a. en tilfredshedsundersøgelse fra ISM viser.¹

¹ Indenrigs- og sundhedsministeriet: den landsdækkende brugertilfredshedsundersøgelse af almen praksis 2024

Vi frygter, at lovforslaget vil føre til lavere kvalitet i behandlingen, da øget central styring og kontrol gør det mindre attraktivt for speciallæger i almen medicin at købe en praksis. Desuden frygter vi, at vores almenmedicinske faglighed og mulighed for at indrette behandlingen til den enkelte patient vil blive udvisket med flere centrale krav, mere kontrol og styring af vores arbejdsgang.

Yngre almenmedicinere ønsker at eje praksis

I vores medlemsundersøgelse fra maj 2025² svarer ca. 80 % af de yngre almenmedicinere, at de ønsker at eje en praksis fem år efter endt speciallægeuddannelse. De ønsker ansvar og indflydelse på eget arbejdsliv og er parate til at påtage sig det ekstra ansvar, det indebærer at drive egen klinik.

10 % ønsker at være ansat i en traditionel PLO-praksis, hvor man ikke selv ejer klinikken. Langt færre, nemlig 3 %, ønsker at arbejde i regionsklinikker. Ingen af de adspurgte læger ønsker at arbejde i en koncernklinik, hvilket også afspejles i den lave interesse for de nye klinikformer, som lovforslaget lægger op til.

Vi foreslår, at speciallæger i almen medicin skal have forkøbs- og tilbagekøbsret til et ydernummer, som drives som regionsklinik. Hvis vi ikke får sikret denne ret, vil vores mulighed for ejerskab langsomt udhules over de næste ti år, hvor der vil blive flere og flere regionsklinikker, da der fortsat forventeligt vil være lægedækningsproblemer. Hvis ikke dette skrives ind i loven, vil vi over en årrække miste en stor del af vores speciales identitet - nemlig at man i almen medicin som det eneste speciale er sikret at kunne købe sig et ydernummer og blive selvstændig, hvis man ønsker det. Alternativet er, at ydernumre løbende går over på regionens hænder og at vi ikke får dem igen.

Kontrol og central styring – en trussel mod faglighed og rekruttering

Lovforslaget lægger op til markant øgede kontroltiltag og nye sanktionsmuligheder og fjerner dermed det ligeværdige samarbejde, som hidtil har været kendetegnende for overenskomsten og samarbejdsfora mellem de praktiserende læger og det øvrige sundhedsvæsen.

De praktiserende lægers faglige institutioner inden for forskning, kvalitetsarbejde og efteruddannelse risikerer at blive svækkede eller forsvinde, hvilket vil bremse udviklingen af specialet. Oplevelsen af at være kollegaer i almen medicin med et fælles ansvar for det primære sundhedsvæsen risikerer at blive udvisket, hvis almen praksis skal "markedsføres" eller "normaliseres".

Dette kan gøre det mindre attraktivt for yngre læger at nedsætte sig i almen praksis og bidrage til, at flere praktiserende læger forlader faget. Det offentlige sundhedsvæsen vil få svært ved at fastholde de praktiserende læger, som har alternative karrieremuligheder, blandt andet i det private. Vi frygter, at rekrutteringen til almen medicin vil falde betydeligt, hvilket vil skade det danske sundhedsvæsen, som i dag er foregangsland på området og drives effektivt.

² [FYAM medlemsundersøgelse 2025: pixiversion om rekruttering](#)

Vi foreslår, at samarbejde med de praktiserende læger i højere grad skal indgå i fremtidens almen praksis, og at partnerskabet mellem praktiserende læger, region og stat bevarer tættere på vores nuværende model for at passe på den almen praksis i verdensklasse, som vi har udviklet sammen.

Nye klinikformer udfordrer kontinuiteten

Den personlige relation mellem patient og praktiserende læge har dokumenteret betydning for patienternes helbred.^{3 4} Studier viser, at kontinuiteten i almen praksis er forbundet med lavere dødelighed, færre hospitalsindlæggelser og bedre håndtering af kroniske sygdomme.

Lovforslaget åbner op for nye klinikformer som regionsklinikker og udbudsklinikker, hvor der er større lægeudskiftning, og læger kan være ansat få timer om ugen. Dette truer kontinuiteten, og det fremgår ikke klart, om der kun må ansættes speciallæger i almen medicin, hvilket kan medføre uklare og skiftende behandlerroller med åbenlys risiko for fejl og faldende kvalitet. En undersøgelse fra PLO har vist, at ansatte læger i gennemsnit har været ansat i 1,6 år, mens klinikejere har været i deres klinikker i gennemsnit 16,8 år.⁵

Tilgængelighed bør ikke medføre kompromis med kvalitet

Lovforslaget prioriterer øget tilgængelighed i almen praksis, men vi advarer mod at stille krav om øgede åbningstider, før kapaciteten af praktiserende læger er øget tilsvarende.

Hvis klinikkerne skal have åbningstider udover, hvad man kan forvente af en enkelt læges ugentlige arbejdstid, vil patienterne møde flere forskellige læger, hvilket svækker kontinuiteten. Dette kan især være til skade for ældre og kronisk syge patienter, som har gavn af kontinuitet og relation til den samme læge.^{3 4}

Man kan i almen praksis, som det er i dag, ikke få hentet blodprøver efter kl. 15. Man kan heller ikke i samme omfang drøfte patienterne med andre kollegaer på sygehuset eller i kommunen, da de er gået hjem eller har lavere bemanding. Der er normalvis kun akutfunktion i ydertimerne, også i det øvrige sundhedsvæsen. Dermed vil øgede åbningstider i den primære sektor isoleret set have en uhensigtsmæssig effekt på det overordnede sundhedsvæsen.

Udvidede åbningstider vil især komme raske patienter til gode og vil ikke bidrage til at give mest til de med størst behov.

For at øge tilgængeligheden forsvarligt skal flere praktiserende læger rekrutteres, åbningstider skal tilpasses den enkelte kliniks samlede ressourcer og støttefunktioner som blodprøvetagning og specialistkonferencer skal være tilgængelige i ydertimerne.

Vi vil konkret foreslå, at åbningstider fortsat skal være en del af aftalen mellem PLO og RLTN, som kan forhandle denne, når kapaciteten er til stede.

³ Prior A et al. *The Lancet Primary Care*. 2025. "Continuity of care in general practice and patient outcomes in Denmark: a population-based cohort study."

⁴ Sandvik H et al. *Br J Gen Pract*. 2022. "Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway."

⁵ PLO Analyse 2022: Høj kontinuitet hos den danske familielæge fremmer patienternes sundhed

Uddannelse i almen praksis skal sikres

Lovforslaget omtaler ikke den væsentlige uddannelsesfunktion i almen praksis, som er afgørende for at sikre tilstrækkelig kvalitet af speciallægeuddannelsen af kommende praktiserende læger samt rekruttering til specialet. Daglig supervision, undervisning og et stærkt fagligt miljø er nøglefaktorer for, at almen praksis fungerer som et godt uddannelsessted.

Vi er bekymrede for, at nye klinikformer, herunder regions- og udbudsklinikker uden krav om tutorlæge kvalifikationer og fast tilstedeværelse af speciallæger i almen medicin, vil svække uddannelseskvaliteten. Dette kan medføre færre og mindre attraktive uddannelsesstillinger, samt i sidste ende en dårligere speciallægeuddannelse, hvilket igen vil hæmme rekrutteringen til specialet.

Honorarmodel og national fordelingsmodel

FYAM ønsker en simplificeret honorarstruktur, som prioriterer meningsfuldt arbejde i almen praksis og belønner læger, der tager sig af patienter med størst behov.

Vi fraråder at bruge den nationale fordelingsmodel som grundlag for honorarstrukturen, da modellen oprindeligt ikke var beregnet til at måle sygdomsbyrde på klinisk niveau, men til at vurdere lægedækning geografisk. Desuden har modellen vist sig at være upræcis, fx i Region Syddanmark.

Vi foreslår, at der skal udarbejdes en ny og mere præcis model til baggrund for en ny differentieret honorarmodel.

Forhåndsgodkendelse ved køb af ydernummer

FYAM mener, at alle klinikker skal drives af speciallæger i almen medicin med hovedbeskæftigelse i klinikken. Vi efterspørger klare, gennemsigtige retningslinjer for, hvad forhåndsgodkendelsen af nye ejere skal baseres på.

Uden dette risikerer man bureaukratiske barrierer, som skaber usikkerhed blandt nyuddannede speciallæger om mulighederne for etablering i praksis. Da vi allerede er godkendt som speciallæger af Styrelsen for Patientsikkerhed, oplever vi forslaget om forhåndsgodkendelse som udtryk for manglende tillid til vores faglige kompetencer. Tillid er fundamentet for et velfungerende sundhedsvæsen, og denne manglende tillid vil igen skade rekrutteringen. Der er allerede skrevet skærpede sanktionsmuligheder ind i lovforslaget.

Derfor vil vi foreslå, at forhåndsgodkendelsen af speciallæger helt tages ud af lovforslaget, eller som et minimum klarlægges meget tydeligt, hvilke kriterier vurderingen skal bero på, for at genskabe tryghed for muligheden for at købe praksis.

Opgavebeskrivelsen bør afspejle almen praksis virkelighed

Udkastet til opgavebeskrivelsen blev ikke som planlagt udsendt til følgegruppen under Sundhedsstyrelsen den 15. august. Derfor har vi fortsat ikke vished om den endelige form og specificitet af opgavebeskrivelsen på tidspunktet for høringsfristen. Det mener vi er meget problematisk.

Almen praksis varetager 90-93 % af alle patientkontakter uden at inddrage det sekundære sundhedsvæsen og bygger på langsigtet opfølgning og relationsarbejde, som adskiller sig markant fra hospitalsvæsenets tilgang. Hvis opgavebeskrivelsen formes efter et sygehusperspektiv med fokus på "færdigbehandling", risikerer vi øget administrativt pres og tidsspilde på kontroller, dokumentation og opgaver, som ikke giver værdi for patienterne.

En god opgavebeskrivelse skal styrke det, som almen praksis allerede gør godt: at være tilgængelig 8-16, tænke bredt og følge patienterne tæt over tid.

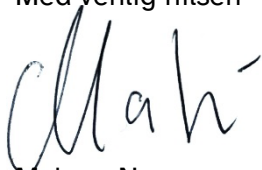
Sammenfattende

FYAM støtter reformens intention om at styrke almen praksis.

Indholdet i lovforslaget gør os dog yderst bekymrede på patienternes vegne. Vi advarer imod lovforslagets svækkelse af behandling og kontinuitet, den manglende fokus på uddannelse og rekruttering samt den kontrolorienterede tilgang og uklarheder omkring nye klinikformer.

Vi opfordrer til, at lovforslaget revurderes, tilpasses og flere elementer præciseres i tæt dialog med praktiserende læger, så kvalitet og tilgængelighed i almen praksis sikres til gavn for patienter og samfund.

Med venlig hilsen



Malene Nepper
Formand for FYAM



Høring over forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

21.08.2025

Sagsnr:

Aktnr:

Fælles høringssvar fra Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation.

Aftalepartierne bakker op om, at en fuld gennemførelse af reformen tager udgangspunkt i, at centrale initiativer om økonomiske rammer og vilkår for de almenmedicinske læger skal aftales.

Samtidig lægger aftalepartierne generelt stor vægt på, at arbejdet med implementeringen af reformen sker i tæt og konstruktiv dialog mellem parterne.

Aftalepartierne forventer på den baggrund, at nødvendige aftaler kan indgås med de praktiserende læger.

Hvis der mod forventning ikke kan indgås en aftale, er aftalepartierne enige om at stemme for lovgivning, der i den situation kan være nødvendig for at sikre fuld gennemførelse af alle reformens initiativer.

Aftale om sundhedsreform 2024, november 2024

Omstilling ved aftaler – ikke diktat fra start

Et lovforslag, der udmønter en politisk aftale, skal afspejle den indgåede aftale. Den politiske aftales formuleringer om indgåelse af aftaler med de praktiserende læger sammenholdt med lovforslagets ønsker om offentlig regulering viser med tydelighed, at det ikke er tilfældet her. Det er problematisk.

Sundhedsreformen er nødvendig og på alle måder vigtig til at blive afsporet. Derfor er Lægeforeningen helt uforstående over for, at lovforslaget lægger op til, at centrale forhold vedrørende klinikernes økonomi, honorarer, åbningstider, kvalitetsarbejde, forskning og efteruddannelse tages ud af aftalesystemet og foreslås reguleret offentligt, og at der er efterladt en meget smalt rum for forhandling om økonomi og honorar. Det er hverken i overensstemmelse med den politiske aftales

Domus Medica
Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8500
Tlf.: +45 3544 8214 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: ga@dadl.dk
www.laeger.dk



tekst eller ånd for den sags skyld. Det er kun et samlet sundhedsvæsen, som kan løfte opgaven og gennemføre den ønskede omstilling.

Det er forstået, at den politiske aftale fastslår, at hvis forhandlingsparterne (PLO og RLTN) ikke kan blive enige og ikke formår at indgå en aftale, så er alternativet lovgivning. Men aftale må og skal være førstevalget.

Vejen frem skal nu være at få defineret et nyt forhandlingsrum, hvor konstruktiv dialog mellem forhandlingsparterne kan sikre fælles fodslag, og at de nødvendige aftaler, der er en forudsætning for at reformens ambitioner indfries, kan indgås med de praktiserende læger.

Grundlag for forhandlinger er til stede

Vi bakker op om reformen og dens ambitioner.

Vi har rost, at primærsektoren nu endelig får et løft, og at flere opgaver skal flyttes tættere på borgerne og ud af sygehusene.

Vi har selv efterspurgt en national opgavebeskrivelse for almen praksis. Den kommer også nu, og vi har forventninger om et grundigt arbejde, der favner en realistisk virkelighed.

Vi har rost den planlagte stigning i antallet af hoveduddannelsesstillinger i almen medicin, der vil bidrage til at styrke den nødvendige kapacitet. Det støtter vi hjertet. Det giver mulighed for en planlagt omstilling i takt med stigning i kapacitet og mulighed for bedre geografisk lægedækning. Omstillingen af opgaver og krav til de alment praktiserende læger må følge udviklingen fra de ca. 3.500 praktiserende læger i dag til de forventede ca. 5.000 praktiserende læger i 2035.

Vi anerkender naturligvis også, at der med de massive investeringer i det nære sundhedsvæsen følger en tilsvarende bevågenhed på effekten af dem.

Det er faktisk derfor, vi fra lægeside understreger, at der er brug for et forhandlingsrum. For aftaler vil skabe ejerskab og drive udviklingen og omstillingen af primærsektoren fremad. Og ejerskab på begge sider er vigtigt, når der lokalt skal følges op. For eksempel vil en lokal aftale om udvidet åbningstid i almen praksis kun give mening, hvis almen praksis også understøttes af mulighed for sygehusydelse i udvidet åbningstid.

Gennemføres lovforslaget, risikerer vi, at de unge vælger andre veje, og at de ældre går før tid

Med den foreslåede styring og kontrol, er der risiko for, at erhvervet som almen praktiserende læge ikke længere vil opleves som et fag med høj grad af selvstændighed, ledelse og fagligt ansvar. Det gælder f.eks. de begrænsende rammer i den foreslåede basisfunktion. Det gælder de foreslåede godkendelses- og sanktionsprocedurer som hurtigt kan give lægerne en oplevelse af mistillid med risiko for negativ effekt på rekruttering og tilknytning.

I lovforslaget mangler også forsikringer om uddannelseskvalitet og refleksioner om uddannelsesopgaven i et scenarie med flere alternative klinikformer samtidig med,



at flere læger skal videreuddannes i almen medicin. Forslaget nævner eksempelvis ikke tutorlægeroller, læringsmiljøer og krav til supervision mv. i de nye klinikformer.

Dialog – ja tak

Vi vil gerne kvittere for, at indenrigs- og sundhedsministeren har tilkendegivet, at høringssvarene vil blive nøje gennemgået, og at dialogen med aktørerne om sundhedsreformen fortsætter. Vi er helt enige med ministeren i, at bl.a. Praktiserende Lægers Organisation er en helt central sparrings- og aftalepartner, når det gælder udvikling af det nære sundhedsvæsen. Derfor skal vi også på det kraftigste anbefale, at ministeren er parat til tilpasninger.

Vi står gerne til rådighed.

Med venlig hilsen

Camilla Noelle Rathcke
Formand for Lægeforeningen



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Vognmagergade 7, 3.
1120 København K
+45 70 25 00 00
mfjordside@hjerteforeningen.dk
hjerteforeningen.dk

Hjerteforeningens høringssvar vedr. forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Hjerteforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar. For os er det helt grundlæggende, at alle borgere har ret til en læge tæt på – uanset, hvor i landet de bor. Desværre er det ikke virkeligheden i dag. I de områder af landet, hvor der bor flest syge og multisyge borgere, er dækningen med praktiserende læger blandt de dårligste. Det er uacceptabelt for et sundhedsvæsen, der bryster sig af at være blandt de bedste i verden. Derfor bakker vi i Hjerteforeningen fuldt ud op om, at der skal ske forandringer på området – for status quo ikke er en mulighed.

Vi støtter i Hjerteforeningen også op om, at de almenmedicinske tilbud gennem kronikerpakkerne skal varetage en helt afgørende tovholderfunktion for de mennesker, der skal leve et liv med kronisk sygdom. Det kan skabe bedre sammenhæng og sikre mere tid og støtte særligt til de mennesker, der har størst behov. Men forudsætningen for, at det lykkes er, at der kommer flere almenmedicinske læger, og at de findes der, hvor behovet blandt borgerne er størst.

Vi har med bekymring noteret os, at debatten i kølvandet på dette lovforslag til tider har været ophedet. Det gavner hverken vores sundhedsvæsen eller patienterne. Vi mener, at der er behov for, at alle parter samles om at finde fælles løsninger. For det er en bunden opgave at sikre læger, i de almenmedicinske tilbud til alle dele af landet, hvis intensionerne bag arbejdet i Sundhedsstrukturkommissionen og aftalen om Sundhedsreformen skal blive til virkelighed.

Hjerteforeningen bidrager gerne konstruktivt til det videre arbejde.

Med venlig hilsen



Anne Kaltoft
Administrerende direktør, Hjerteforeningen

Høringssvar fra KL - Lovforslag 2 om fremtidig organisering af det almenmedicinske tilbud

Dato: 18. august 2025

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.)

Høringssvaret afgives med forbehold for politisk godkendelse.

KL bakker overordnet op om udviklingen af og investeringen i det almenmedicinske tilbud og intentionen om at sikre ensartet, høj kvalitet på tværs af landet. Udviklingen af det almenmedicinske tilbud er afgørende for at efterleve sundhedsreformens intention om, at mindre skal løses på sygehusene, og mere skal løses i det nære. Det almenmedicinske tilbud udgør en vigtig samarbejdspartner for kommunerne på sundheds-, ældre-, og socialområdet, ift. børn og unge og på beskæftigelsesområdet.

KL ser positivt på, at lovforslagets bemærkninger præciserer, at regionsrådets planlægning og udvikling af de almenmedicinske tilbud skal ske i regi af sundhedsrådene. Sundhedsrådenes kompetence bør derudover fremgå ift. muligheden for at indgå lokale aftaler (side 11) og ift. at planlægge og tilrettelægge det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med opgavebeskrivelsen (side 27).

Praksisklagenævnet:

Kommunerne er i dag repræsenterede i både lokale samarbejdsudvalg for almen praksis og i landssamarbejdsudvalget for almen praksis. Det kommunale perspektiv bliver ikke mindre indenfor den nye struktur. Derfor bør KL have mulighed for at udpege sagkyndige til praksisklagenævnet med henblik på at belyse spørgsmål i samarbejdet mellem kommuner og det almenmedicinske tilbud.

KL kvitterer for, at det fremgår, at regionen skal sikre, at både patienter og kommuner har mulighed for at klage til regionen over manglende service i det almenmedicinske tilbud. Det er afgørende, at kommunerne har mulighed for at handle, hvis de fx oplever, at lægedækningen af plejehjem eller botilbud ikke er tilstrækkelig, eller hvis det almenmedicinske tilbud ikke lever op til forpligtelsen ift. de borgere, som modtager hjælp af kommunen.

Lokale aftaler:

KL ser positivt på, at det fremgår, at sundhedsrådene kan indgå lokale aftaler med enkelte, flere eller alle klinikker i et område med henblik på at sikre en tilpasning af det almenmedicinske tilbud til lokale behov.

KL forstår, at den foreslåede bestemmelse om lokalafgifter (§ 227 a, stk. 2) erstatter den nugældende § 206 b, stk. 6 om lokalafgifter. Den nugældende

bestemmelse indebærer, at regionerne kan indgå lokalaftaler, "... herunder i samarbejde med kommunerne...", mens den foreslåede bestemmelse ikke nævner kommunerne. KL opfordrer til, at kommunerne fortsat indgår i bestemmelserne om lokalaftaler.

Derudover fremgår det, at de lokale aftaler bl.a. skal sikre lægedækning på plejehjem, botilbud og sundheds- og omsorgspladser. KL ser positivt på, at lovforslaget har fokus på at sikre lægedækning her. KL påpeger, at der derudover skal sikres lægedækning på de kommunale vente- og aflastningspladser efter ældre- og servicelov.

KL påpeger, at udrulningen af de nuværende ordninger med fasttilknyttet lægehjælp på botilbud og plejehjem er sket efter en samlet ramme på nationalt niveau aftalt via overenskomsten, der bl.a. sikrer ensartethed ift. økonomiske vilkår, men samtidig giver plads til lokal tilpasning. Det vil fortsat være hensigtsmæssigt med en national beskrivelse af ordningerne med fasttilknyttede læger, der samtidig giver plads til udvikling efter lokale behov til fx at rumme adgang i weekender eller lignende. Dette kan bl.a. forankres i den nationale opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud og i den kommende aftale om en ny honorarstruktur.

Videreførelse af det almenmedicinske tilbuds forpligtelser til tværsektorielt samarbejde:

Lovudkastet forholder sig ikke til en række af de samarbejdsforpligtelser, som i dag gælder for almen praksis, og som bl.a. er reguleret gennem overenskomsten. Det indebærer en risiko for, at kommunernes muligheder for at fremme sammenhængene til de kommunale indsatser på sundheds-, ældre-, og socialområdet forringes. KL opfordrer derfor til, at der i lovgivningen indskrives forpligtelser for det almenmedicinske tilbud om dialog med relevante parter, herunder kommuner.

Fx skal alle kommuner i dag i samarbejde med kommunens læger nedsætte et kommunalt-lægeligt udvalg (KLU) bestående af lokale praktiserende læger og repræsentanter for kommunen. KLU'erne er beskrevet i overenskomst om almen praksis. På grund af den væsentlige samarbejdsflade mellem kommuner og det almenmedicinske tilbud, finder KL det hensigtsmæssigt, at KLU'erne eller lignende fora videreføres i den nye struktur. Forpligtelsen til at repræsentanter fra det almenmedicinske tilbud indgår i KLU'er kan med fordel indgå i opgavebeskrivelsen.

Tekstnære bemærkninger:

Side 20 nederst:

Følgende fremgår: "Sundhedsrådene vil således skulle behandle sager, der vedrører den lokale planlægning af praksissektoren, som blandt andet og udover det almenmedicinske tilbud omfatter praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, fodterapeuter m.fl. Rammer for lokale aftaler på praksisområdet med økonomiske implikationer i forhold til honorering forudsættes som udgangspunkt at vil skulle ligge under forretningsudvalget, som vil have det umiddelbare ansvar for tværgående økonomiske forhold."

KL påpeger, at planlægning af fysioterapi - både almen og vederlagsfri – i dag sker i et samarbejdsudvalg mellem regioner og kommuner. Den

vederlagsfri fysioterapi, samt ridefysioterapien, er et kommunalt myndighedsområde. Det er vigtigt, at denne skelnen fremgår, når der refereres til praksisområdet som helhed ift. økonomien.

Dato: 18. august 2025

Side 24 nederst:

Vedr. fasttilknyttede læger: Plejehjem bør nævnes i tillæg til botilbud og sundheds- og omsorgspladser. De tilbageværende kommunale midlertidige pladser efter ældre- og servicelov nævnes heller ikke. Der bør sikres mulighed for fasttilknyttet lægehjælp på disse pladser.

Side 44:

Vilkårene for dosispakket medicin fremgår her som eksempel på noget, parterne kan indgå aftale om via den nye, smallere rammeaftale. KL påpeger, at den alment praktiserende læges bidrag til udbredelsen af dosispakket medicin derudover bør indgå som en del af basisfunktionen.

Med venlig hilsen,
Hanne Agerbak, kontorchef

Høringssvar til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud, Lovpakke 2b.

Hillerød den 20.8.2025

Vi skriver her for at gøre opmærksom på, hvilke konsekvenser lovpakke 2b risikerer at få på lokal forankring og kvalitetssikring i almen praksis.

Historisk:

Klyngerne blev etableret som projekt i overenskomstaftalen mellem PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) i 2018. I overenskomstaftalen for 2022 blev klyngerne en fast del af kvalitetsarbejdet i almen praksis.

98 % af alle praktiserende læger er med i klyngesamarbejdet, som er et samarbejde omkring kvalitetssikring i almen praksis. Det er her, hvor vi deler viden, erfaring og drøfter kvaliteten i behandlingen af patienterne. Det er her, vi bliver inspireret af hinanden.

Lokalt:

I vores klynge i Hillerød deltager alle praktiserende læger, som er tilhørende i Hillerød kommune og vi mødes 4-5 gange om året efter almindelig arbejdstid. Alle læger er ulønnede til disse møder.

Vi har en bestyrelse, som planlægger emner og arrangerer møderne. Vi anvender oplæg fra KIAP (Kvalitet i Almen Praksis) eller har lægekolleger fra hospitalet eller privatpraktiserende speciallæger til at undervise os. Vi har tidernes løb haft emner som: nedsættelse af morfika forbrug, samarbejde med den kommunale akutsygeplejerske (forebygge indlæggelser), antipsykotika forbrug til ældre og demente, psa måling, samarbejde med hospitalsafdelinger, astma og KOL, knogleskørhed, ADHD, hjertesygdom, vandladningsproblemer og, trivsel i almen praksis. Alle emner, som har med tanke på at forbedre folkesundheden og behandle patienterne lokalt, hvis det er muligt.

Kvalitetsarbejdet består i at vi gennemgår emnet, gennemgår egne data på ordinationsmønstre og dernæst diskuterer de forskelle, der måtte være. Vi har skabt et tillidsfuldt rum, hvor vi på tværs af selvstændige klinikker kan sparre med hinanden omkring både faglig udvikling, ledelse og organisationen i klinikken. Det er her, vi hver især kan blive inspireret til at gøre det endnu bedre og lave de forandringer, som virker.

Klyngesamarbejdet har bevirket, at der er en større lokal forankring både mellem kolleger i Almen praksis og med samarbejdspartnere såsom kommune og hospitalet.

Så, hvorfor er vi bekymrede for lovforslag 2b i forhold til kvalitetsudvikling?

Der er i lovforslaget ikke nævnt noget om arbejdet med kvalitetsudvikling.

Som selvstændig ejer af en lægeklinik har man investeret økonomisk i sin klinik (ydernummer, inventar og lokaler) og har forpligtelse overfor sit personale som arbejdsgiver. Dette har vi alle gjort med den forventning, at vi vil forblive at arbejde i samme klinik i mange år.

Som ansat i et lægehus eller i en regionsklinik eller koncernklinik er der ikke denne forpligtigelse overfor hverken personale eller økonomisk binding, og det er derfor nemmere at søge andet arbejde, hvis der er andre bedre tilbud, der viser sig.

Ansatte speciallæger i almen medicin vil formentlig ikke deltage i klyngearbejdet. Og hvis de deltager, må man forvente stor udskiftning, uden mulighed for at følge effekten over tid, af arbejdet med kvalitetsudvikling.

Trygheden mellem kolleger i klyngen bliver mindre, med den manglende stabilitet, og den gode og inspirerende sparring mellem ældre og yngre kolleger forsvinder og den lokalt forankrede løbende kvalitetsudvikling forringes.

Vi mener, at lovforslag 2b, hvor praktiserende lægers forhandlingsrum i forhold til organisering og opgavetildeling forringes betydeligt, vil få store konsekvenser for vores arbejde i klyngerne. Der vil komme flere ansatte læger uden klinikansvar og med kortere ansættelser. Selv hvis lovgivere eller regionerne vælger at bibeholde klyngestrukturen vil udbyttet af arbejdet her forringes på grund af større udskiftning i klyngegruppen.

Vi håber, at lovgiverne vil genoverveje lovforslag 2b og ikke underkende det samarbejde og indsats der har været fra de praktiserende læger gennem mange år. Vi ønsker som andre det bedste sundhedsvæsen for patienterne og samfundet. Vi ønsker samarbejde, men som loven fremstår nu, så frygter vi store forringelser i blandt andet kvalitetsudvikling i Almen Praksis, som beskrevet ovenfor.

Med venlig hilsen

Klyngebestyrelsen Hillerød Klynge

Anna Sletgaard (klyngekoordinator), Charlotte Husfeldt, Pernille Von Wallfeld og Kasper Veje.

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk), Annika Bonde (annb@sum.dk), gkh@sim.dk (gkh@sim.dk)
Fra: Randi Lykke Frederiksen (rlf1306@gmail.com)
Titel: Bekymring vedrørende lovforslaget om almen praksis' rolle i sundhedsreformen
Sendt: 21-08-2025 06:08

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Jeg skriver til jer som konsultationssygeplejerske i almen praksis gennem 17 år. I hele min karriere har jeg oplevet, hvor vigtig den faste relation mellem patient og praksis er – for kvaliteten af behandlingen, for forebyggelse og for den tryghed, som mange borgere har brug for i mødet med sundhedsvæsenet.

Derfor gør det mig dybt bekymret, at det aktuelle lovforslag om almen praksis risikerer at ændre fundamentet for den model, der har tjent danskerne så godt i årtier.

Jeg ser især tre områder, hvor konsekvenserne kan blive alvorlige:

Hvis den enkelte praksis ikke længere selv kan vurdere, hvor mange patienter der kan tilbydes forsvarlig behandling, vil det gå ud over kvaliteten og nærheden i mødet.

Hvis vi pålægges flere opgaver og længere åbningstider – uden reel medbestemmelse – forsvinder tiden og overskuddet til det enkelte menneske.

Hvis regionerne får mulighed for at sanktionere læger og opsiges samarbejdet permanent, åbner det for koncernklinikker og undergraver den faglige autonomi, som sikrer patienternes tryghed.

Konsekvenserne vil være mærkbare for patienterne:

Færre læger vil vælge at starte egen praksis.

Kontinuiteten i patientforløbene forsvinder – patienterne møder ikke længere en fast læge eller et fast team, men bliver et nummer i et system.

Ventetiderne vil stige, og kvaliteten af den nære behandling vil falde.

Jeg har gennem årene set, hvordan en fast relation kan redde liv, forebygge sygdom og skabe tryghed i nogle af livets sværeste situationer. Det er denne kerne, vi risikerer at miste, hvis rammerne for almen praksis ændres i den retning, lovforslaget lægger op til.

Vi er mange, der gerne vil være en del af løsningen. Men det kræver rammer, der understøtter det, vi ved virker: kontinuitet, ansvarlighed og en stærk relation mellem patient, læge og praksisteam.

Jeg håber derfor, at I vil lytte – ikke kun til os fagfolk, men også til patienterne, som risikerer at miste det mest værdifulde i deres sundhedsvæsen: tryghed, nærhed og kvalitet.

Med venlig hilsen
Randi Lykke Frederiksen
Konsultationssygeplejerske
Vorup Lægehus

18. august 2025

Mail til:
sum@sum.dk

Kopi til:
annb@sum.dk og gkh@sum.dk

Kræftens Bekæmpelses høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.)

Kræftens Bekæmpelse takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkastet til lov om ændring af sundhedsloven vedrørende ny organisering af det almenmedicinske tilbud.

Kræftens Bekæmpelse anerkender behovet for en styrket organisering og en mere ligelig fordeling af det almenmedicinske tilbud, så alle borgere – uanset bopæl – har adgang til behandling af høj kvalitet. Og Kræftens Bekæmpelse bakker op om ambitionen om, at det almenmedicinske tilbud i højere grad skal afspejle sundhedsvæsenets aktuelle behov og levere mere ensartet og koordineret behandling i hele landet. Det er desuden positivt, at en differentieret honorarstruktur skal sikre, at patienter med størst behov får mest behandling.

Forankringen af den lokale planlægning af det almenmedicinske tilbud i de kommende sundhedsråd giver mulighed for, at lokale forhold og tværsektorielt samarbejde tænkes ind i opgaveløsningen. Det er en styrke, at almen praksis i højere grad ses som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen, og ikke som en selvstændig enhed adskilt fra øvrige aktører. Det skaber bedre forudsætninger for helhedsorienterede patientforløb og understøtter en mere sammenhængende indsats, som særligt er nødvendigt for sårbare borgere med komplekse behov.

Nedenfor fremgår Kræftens Bekæmpelses konkrete bemærkninger til lovforslaget.

National opgavebeskrivelse og basisfunktion i det almenmedicinske tilbud

Lovforslagets punkt 3.1-3.1.3.4

Kræftens Bekæmpelse bakker op om ambitionen om en national opgavebeskrivelse og basisfunktion (bl.a. s. 19 og 23), som kan styrke kvaliteten og ensartetheden i det almenmedicinske tilbud. Et tydeligt og fælles fundament for opgaveløsningen er en vigtig forudsætning for at sikre sammenhæng og kontinuitet i patientforløb – særligt for patienter med komplekse eller langvarige behov.

Kræftens Bekæmpelse støtter (s. 24), at den nationale opgavebeskrivelse skal indeholde krav om faglig understøttelse og udvikling af det almenmedicinske tilbud, bl.a. regionens understøttelse af forskning i almenmedicinske tilbud og patientforløb i det primære sundhedsvæsen samt dataunderstøttet kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Det er vigtigt, at den nationale opgavebeskrivelse ikke alene bliver et styringsværktøj til øget regulering, men også anvendes som afsæt for faglig og organisatorisk kvalitetsudvikling. Udviklingen bør ske i tæt dialog med relevante repræsentanter for de alment praktiserende læger for at sikre ejerskab og faglig relevans i den kliniske hverdag.

Det fremgår flere steder i lovforslaget, at der lægges stor vægt på inddragelse af relevante parter i forbindelse med implementering og videreudvikling af det almenmedicinske tilbud. Det er en vigtig og rigtig ambition. Kræftens Bekæmpelse finder det væsentligt, at de faglige miljøer inddrages systematisk og tidligt i processen, da deres viden og erfaringer er afgørende for at sikre, at regulering og kvalitetsudvikling bliver meningsfuld og bæredygtig i den kliniske virkelighed. Det bør desuden fremgå eksplicit, at repræsentanter for almen medicin skal inddrages i det videre arbejde med dataunderstøttelse, forskning, kvalitetsudvikling og tværsektoriel koordinering med relevans for almen praksis (s. 24-25).

Det er positivt, at der vil være krav om, at regionsrådet i sin planlægning af det almenmedicinske tilbud skal understøtte rammerne for at skabe sammenhæng og koordinering af patientforløb, der går på tværs af det almenmedicinske tilbud, sygehuse, regionale og kommunale sundhedstilbud og øvrige praksissektorer med udgangspunkt i opgavebeskrivelsen (s. 24). Det er vigtigt, fordi det bidrager til mere sammenhængende patientforløb, reducerer ulighed i sundhed og styrker kvaliteten i behandlingen af borgere med særlige behov. Repræsentanter for almen praksis skal inddrages i planlægningen, så initiativerne reelt kan fungere i klinisk praksis.

Almen praksis har en central rolle i at sikre rettidig opsporing og diagnostik. Det ønskes præciseret, at styrket understøttelse af almen praksis' adgang til diagnostiske undersøgelser og specialistrådgivning er afgørende for rettidig opsporing og videre udredning af alvorlig sygdom – herunder kræft, hvor tidlig opsporing har væsentlig betydning for prognose og behandlingsmuligheder. Praktiserende lægers mulighed for at handle på klinisk mistanke forudsætter hurtig adgang til relevante billeddiagnostiske og laboratoriemæssige undersøgelser samt adgang til sparring om de patienter, lægen er bekymret for kunne være eller blive alvorligt syge. Samtidig er datadrevet kvalitetsudvikling og praksisnær forskning i almenmedicinske patientforløb nødvendige redskaber for løbende forbedring af beslutningsstøtte, differentieret henvisning og risikovurdering – særligt i mødet med patienter med vage eller uspecifikke symptomer. For at styrke almen praksis' rolle som indgangen til sygehuset og første led i kræftpakkeforløb og anden diagnostik, bør regionernes understøttelse målrettes og adgang til nødvendige ressourcer sikres til netop disse udviklingsområder (s. 24-26).

Kræftens Bekæmpelse bifalder, at basisfunktionen skal omfatte krav til blandt andet tilgængelighed, samarbejde og tovholderfunktion samt differentiering af indsatser for patienter med

særlige behov. Netop lægens rolle som tovholder er central i Kræftplan V og bør styrkes i fremtidens sundhedsvæsen (s. 25). Det bør derfor tydeligt fremgå, at tovholderfunktion skal indarbejdes i opgavebeskrivelsen for almen praksis og understøttes i honorarstrukturen. Dette vil bidrage til kontinuitet, tryghed og kvalitet i forløbene. Derudover bør lovforslaget generelt ses i sammenhæng med implementeringen af Kræftplan V, så organiseringen af almen praksis understøtter de faglige målsætninger og anbefalinger om bl.a. styrket fælles beslutningstagning, opfølgning og palliation.

Kræftens Bekæmpelse bakker også op om, at der stilles krav om fasttilknyttede læger på botilbud, sundheds- og omsorgspladser, og at tilgængeligheden udbygges særligt for udsatte grupper (bl.a. s. 23-24 og 27). Dette vil bidrage til mere lighed i sundhed og styrke indsatsen for patienter med særlige behov.

Det er godt, at der skal være mindst 5.000 praktiserende læger i Danmark i 2035, svarende til et kapacitetsløft på ca. 40 %. Det fremgår (s. 26), at den foreslåede ordning med en national opgavebeskrivelse og basisfunktion skal ses i sammenhæng med denne udvikling. Det er afgørende, at nye opgaver og forpligtelser først overgår til almen praksis, når der reelt er kommet flere læger i det almenmedicinske tilbud. Kun derved sikres en bæredygtig udvikling, hvor personalet ikke overbelastes, og hvor patienterne fortsat møder et almenmedicinsk tilbud med høj faglig kvalitet og tilgængelighed.

Kræftens Bekæmpelse ser positivt på, at der med lovforslaget åbnes mulighed for at etablere særlige almenmedicinske tilbud målrettet patientgrupper med særlige behov (s. 28). Det er en anerkendelse af, at mennesker er forskellige, og at særligt sårbare grupper kan have behov for mere fleksible eller tilgængelige tilbud. Det er vigtigt, at tilbuddene opbygges med samme krav til kvalitet, sammenhæng, nærhed og kontinuitet, og at tilbuddene tilrettelægges med udgangspunkt i dokumenterede behov og i dialog med faglige repræsentanter og patientorganisationer. Derudover skal borgeren ønske at blive tilknyttet tilbuddet, og tilbuddet skal være et supplement til borgerens praktiserende læge.

Aftale om vilkår for alment praktiserende læger

Lovforslagets punkt 3.2-3.2.3.3

Kræftens Bekæmpelse ser positivt på, at honorarstrukturen tager udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov, og at læger med patienter med større behov honoreres tilsvarende. Det er i tråd med Kræftens Bekæmpelses tidligere høringssvar om fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud samt den efterfølgende bekendtgørelse, hvor vi fremhævede vigtigheden af en mere retfærdig fordeling af opgaver og ressourcer.

Det er dog væsentligt, at honorarstrukturen ikke kun understøtter aktivitet, men også fremmer kvalitet og kontinuitet i patientforløb, herunder rollen som tovholder for patienter med komplekse eller langvarige forløb. Honoreringen bør udvikles i tæt samarbejde med de praktiserende læger for at sikre både faglighed og bæredygtighed i det nære sundhedsvæsen.

Ny lovstruktur for bestemmelser vedrørende etableringen af almenmedicinske tilbud

Lovforslagets punkt 3.3-3.3.3

Kræftens Bekæmpelse ser positivt på, at kvalitet skal vægtes i udbud af almenmedicinske tilbud, så ydernumre ikke blot sælges til højstbydende (s. 50-51). Det er dog væsentligt at præcisere, hvordan kvalitet konkret skal vurderes og vægtes i praksis. Modellen bør understøtte ensartet høj kvalitet i tilbuddene på tværs af landet og kontinuitet og sammenhæng i forløbene.

Forhåndsgodkendelse af en læge ved erhvervelse af et ydernummer

Lovforslagets punkt 3.4-3.4.3.4

Kræftens Bekæmpelse er enig i, at der stilles krav om, at speciallæger i almen medicin skal have hovedbeskæftigelse i deres klinik ved erhvervelse af ydernummer. En tæt tilknytning til klinikken styrker forudsætningerne for kontinuitet og kvalitet i patientforløbene – bl.a. for patienter med kræft i forhold til tidlig opsporing af sygdom, kontakt under behandlingsforløbet især for sårbare og opfølgning efter forløbet. Vi opfordrer samtidig til, at det præciseres, hvordan kravet konkret vurderes og følges op, så det ikke alene bliver en administrativ formalitet, men reelt sikrer lægelig tilstedeværelse og klinisk engagement i praksis.

Afsluttende bemærkninger

Kræftens Bekæmpelse vil til sidst anbefale, at patientrepræsentanter og civilsamfundsaktører inddrages aktivt i udvikling og implementering af bl.a. nye klinikformer, opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud og i de lokale sundhedsråd, da borgernes stemme er afgørende for at sikre kvalitet i tilbuddene.

Vi ser frem til at følge implementeringen af lovforslaget og den samlede sundhedsreform, ligesom vi naturligvis gerne vil bidrage i det videre arbejde.

Med venlig hilsen



Pernille Slebsager
Patientstøttedirektør

Att. Indenrigs- og Sundhedsministeriet



Høringssvar vedr. lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud (ISM ID: 361238)

18. AUGUST 2025

FAKULTETSSTAB

LEDELSESSEKRETARIAT

BLEGDAMSVEJ 3B

KØBENHAVN N.

Københavns Universitet (KU) takker for muligheden for at afgive høringssvar til det fremlagte lovforslag. På KU er det Afdeling for almen medicin ved Institut for Folkesundhed, der varetager den prægraduate undervisning i faget almen medicin, og udfører forskning i almen medicinske problemstillinger sammen med Forskningsenhed for Almen Praksis.

Med den kommende sundhedslov har Folketinget sat en markant ny retning, hvor fremtidens almen praksis i Danmark prioriteres højt og tildeles en central rolle i sundhedsvæsenet. Vi mener, at en reform med styrkelse af almen praksis og primærsektoren er vigtig i en tid med færre ressourcer, ulighed i sundhed og udfordringer med lægedækning.

Som universitet vil vi gerne samarbejde med ministerier, regioner og andre relevante parter om implementering af Sundhedsreformen, herunder tiltag der kan styrke forskning og uddannelse inden for almen medicin, lægedækningen mv.

Det aftalebaserede system

Vi bemærker, at lovforslaget lægger op til at give regionerne nye rettigheder ift. det aftalebaserede system, hvilket vil få betydning for de praktiserende læger. Vi vurderer, at det ligger udenfor universitetets rolle at kommentere yderligere på det.

Styrkelse af almen praksis

Lovforslaget omfatter en ny national fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud på grundlag af behandlingsbehov indenfor et afgrænset geografisk område herunder fastlæggelse af patientantal. Vi

bemærker, at inddragelse af aktørerne er en vigtig forudsætning for at udvikle og implementere forandringer i en kompleks sundhedsorganisation. Vi vurderer, at det ligger udenfor universitetets rolle at kommentere yderligere på dette.

Prægraduats undervisning – en overset funktion

Lovforslaget nævner ikke den prægraduate undervisning i almen medicin, hvilket vi anser for en væsentlig mangel. Almen praksis spiller en helt central rolle i uddannelsen af de kommende læger, og den obligatoriske undervisning i almen medicin varetages af praktiserende læger. Vi ser gerne, at den nye organisering understøtter og styrker denne funktion.

Forslag: Vi anbefaler, at:

1. Prægraduats undervisning indarbejdes som en del af basisfunktionen og den nationale opgavebeskrivelse.
2. Der sikres strukturelle og økonomiske rammer for undervisningsklinikker.
3. Samarbejdet med universiteter formaliseres og prioriteres.

Forskningens samlede fravær i lovforslaget

Selvom lovforslaget indeholder væsentlige strukturelle ændringer af det almenmedicinske tilbud, omtales forskning ikke som en integreret del af den nye organisering. Det anser vi for stærkt bekymrende, da forskning i almen praksis har stor betydning for at opnå sundhedsreformens mål og sikre evidensbaseret udvikling af almen medicin.

Patientforløb og sygdomsmønstre i almen praksis adskiller sig markant fra hospitalsvæsenet. Samtidig skal der fastholdes fokus på at bruge ressourcer bæredygtigt og reducere social ulighed. Et øget fokus på organisering af almen medicin bør naturligt også afspejle et øget fokus på forskning i almen medicin.

Forslag: Vi anbefaler, at lovforslaget suppleres med bestemmelser, der:

1. Understøtter forskningsaktivitet i almen praksis, fx gennem samarbejde med universiteter og forskningsenheder.
2. Indarbejder forskning i den nationale opgavebeskrivelse som en basisfunktion, hvor det er relevant.
3. Styrker finansiering og incitamenter for praksisbaseret forskning.

Kvalitetsudvikling – fra ambition til praksis

Lovforslaget nævner ønsket om høj kvalitet i det almenmedicinske tilbud, men det er uklart, hvordan kvalitetsudvikling konkret skal understøttes. Kvalitet bør ikke blot være et mål, men en løbende proces, der kræver systematik og faglig forankring.

Forslag: Vi anbefaler, at der indarbejdes konkrete forslag til for kvalitetsudvikling, herunder.

1. Brug af data og indikatorer,
2. Læringsmiljøer og efteruddannelse, samt
3. Kobling til forskningsbaseret viden og praksisudvikling.

Strategisk betydning

En stærk undervisnings- forsknings- og kvalitetsudviklingskomponent vil bidrage til, at den nye organisering af almen praksis ikke blot bliver administrativt effektiv, men også fagligt bæredygtig og dynamisk. Det vil sikre, at almen praksis fortsat udvikler sig i takt med samfundets og patienternes behov – og at næste generation af læger får den nødvendige kliniske erfaring i primærsektor.

Østerbro 16-08-2025

Høringssvar vedr. forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Med sundhedsreformen flyttes flere opgaver tættere på borgerne – og dermed også til almen praksis. I dag ses langt hovedparten af borgerne med kroniske lungesygdomme i almen praksis, og med reformen vil det være tilfældet for endnu flere. De praktiserende læger og deres personale kommer til at spille en endnu vigtigere rolle i patienternes behandling, og er i forhold til patienter med kroniske sygdomme udset til at få en afgørende tovholder-rolle i de kommende kronikerpakker. Alt sammen tiltag vi i Lungeforeningen bakker op om og finder afgørende for, at behandlingen bliver bedre end tilfældet er i dag.

Lungeforeningen ser sundhedsreformen som en stor kulturændring, der kræver samarbejde mellem alle parter i sundhedsvæsenet. Lungeforeningen bidrager gerne til dette arbejde.

Med venlig hilsen,



Ann Leistiko,
Direktør i Lungeforeningen

Høringssvar vedr. lovpakke 2B, "sundhedsreformen", adresseret sundhedsministeriet, sundhedsministeren og sundhedsordfører.

Jeg er 39 år gammel bliver speciallæge i almen medicin i 2025. Jeg blev læge i 2013 hvorefter jeg har arbejdet på forskellige medicinske og kardiologiske afdelinger samt har lavet en ph.d. indenfor diabetes. Jeg er bosat i Roskilde og deltager i min fritid i udviklingen af kliniske vejledninger for Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og skriver også til faglige tidsskrifter. Jeg elsker mit fag almen medicin og jeg er med til at udvikle det.

Jeg drømmer om min egen klinik, hvor jeg kender mine patienter livslangt og kan behandle dem bedst muligt. Jeg har valgt specialet almen medicin grundet muligheden for selvbestemmelse. Jeg har et klart ønske om at være privat erhvervsdrivende i stedet for at være ansat i det "tunge" regionale system. Jeg har derfor allerede en mundtligt indgået aftale om køb af en praksis her i Roskilde i løbet af 2026. Dette er dog noget jeg vil genoverveje efter det nye reformudspil, som jeg har læst med stor bekymring.

For mig er det aktuelle system for praktiserende læger i selvstændige klinikker helt unik. Det er billigt, hvilket mange analyser har vist. Det er produktivt – vi ser væsentlig flere patienter end lignende læger i fx Norge el. Sverige. Der indgås overenskomst, der regulerer aktiviteten på et overordnet niveau, men hvor man tilpasser på lokalt niveau i de enkelte praksisser. Jeg har selv oplevet forskellen på de praksiser jeg har arbejdet i. Jeg har arbejdet i en praksis på Nørrebro (patienter: yngste aldersgennemsnit i hele landet og en del indvandrere) og en mere landlig praksis i Gundsømagle (patienter: ældre, overordnet ressource stærke). De to sundhedstilbud de to populationer havde brug for i almen praksis var meget forskelligt og praksiserne tilpasset sig herefter.

Systemet med en overenskomst mellem regionerne og PLO, hvor en stor del af aktiviteten bestemmes i en rammeaftale opleves meget velfungerende. I denne aftale er der også forhandlet forsknings- og efteruddannelsesmidler til Fonden for Almen Praksis. Den faglige udvikling drives i stor grad af de praktiserende læger selv bl.a. med udviklingen af lægefaglige retningslinjer i vores faglige selskab Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), som vi selv betaler til og arbejder i. For en forsat positiv faglig udvikling i det almen medicinske fag, så bør man bevare Fonden for Almen Praksis, så fagligheden forsat løftes af faget selv.

Siden jeg første gang kom i kontakt med almen praksis i min turnusuddannelse har udviklingen været enorm. Mere flere komplekse patienter ses og håndteres alene i praksis. Kapaciteten til dette er blevet udviklet ved at løfte personalets uddannelse, specielt sygeplejersker, der nu ser kronikere selvstændigt eller under supervision. Det har krævet en kæmpe undervisningsindsats af de ansatte i praksis – og dette er i stor grad blevet løftet inden fra de enkelte praksiser. Det er sket overraskende gnidningsfrit grundet en omstillingsparat organisation, hvor lægerne der er ansat, har stor motivation for at løfte sit personale og dermed hele sin klinik. Det står i skærende kontrast

til hospitalafdelingerne, hvor jeg har oplevet at faggrupper (specielt sygeplejesker) har kæmpet mod "opgaveglidning" og frasagde at opnå selv simple kompetencer, så som anlæggelse af nål i blodårer til medicinindgift. Vi er omstillingsparate i almen praksis og har også leveret efter regionen har bedt om at vi løftede områder som diabetes, KOL og patienter med åreforkalkningssygdom. Jeg er selv utrolig glad for denne udvikling og stolt af at faget har leveret på dette.

Sikkerheden omkring økonomien er central, hvis jeg skal købe mig ind i en praksis. Jeg har 3 børn, hustru og hus. Jeg står til at skulle investere ca. 2 millioner kr. med henblik på at købe et ydernummer og en andel i en almen praksis i Roskilde. Af loven fremgår, at sundhedsstyrelsen og regionerne kan diktere, hvilke opgaver vi skal løse i praksis i fremtiden uden, at der er en reel forhandling med PLO. I praksis forsøger lovforslaget i mine øjne at gøre praktiserende læger til funktionærer uden indflydelse på egne opgaver, samtidig med at vi skal tage risikoen som selvstændig erhvervsdrivende med personale ansvar, klinik, lån og ansvar overfor patienterne. Den forslået model kan sundhedsstyrelsen egenhændig udløse ekstra arbejde og opgaver uden de praktiserende læger kompenseres. Jeg har igennem de seneste år glædet mig utrolig meget til at være selvstændig og eje min egen klinik. Jeg har glædet mig til at kende mine patienter ud og ind igennem de næste formentlig 30 år af mit professionelle virke. Studier viser, at kontinuitet i læge-patient-forholdet gør at patienter: 1) lever længere og; 2) bruger færre sundhedsydelser i øvrigt i form af lægevagte og sygehuse. Det er altså centralt for patienterne, at vi almen medicinerne får en fast tilknytning til et lægehus. Det kræver, at vi er klinikejere. Såfremt loven vedtages fremstår det ikke økonomisk sikkert at købe egen praksis. Hjertet siger ja, men hjernen siger nej. Jeg skal nok finde arbejde andet sted fx i medicinalbranchen eller kortvarigt i en regionsklinik, men det vil være skønne spildte midler for samfundet og syndt for patienterne.

Jeg håber meget at sundhedsministeriet, sundhedsstyrelsen, regeringen og sundhedsordførerne vil genoverveje lovpakken. Jeg ser det som et unødigt angreb på et velfungerende system, hvis primære problematik er mangel på speciallæger. Med noget tålmodighed vil lægemanglen være løst inden for almen medicin om 5-10 år.

Med venlig hilsen

Læge, ph.d., snart speciallæge i almen medicin
Alexander Sidelmann Christensen
axchristensen@gmail.com, tlf. 61671662

Anette Rams Mejdahl & Mads Rams Mejdahl
Familielægerne Mejdahl I/S
Hans Edvard Teglers Vej 9, 2. th
2920 Charlottenlund
+45 50935218

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 12
1216 København
sum@sum.dk
Kopi til annb@sum.dk og gkh@sum.dk

21. august 2025

Vedr:

forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.).

Høringssvar:

Vi er et ægtepar, der sammen har drevet en lægeklinik i Charlottenlund de sidste 4 år. Vi har også en ansat læge, hvilket gør, at vi kan levere god behandling til vores patienter og samtidig få vores familieliv til at hænge sammen.

Vi arbejder mange timer, men det fungerer, fordi vi selv kan strukturere hverdagen. Fx tilbyder vi dagligt tidlige morgentider – noget, der både passer til vores liv og vores patienters behov. Vores liv ændrer sig, ligesom vores patienters behov ændrer sig. I takt med det, er det afgørende, at vi har selvbestemmelse til at strukturere vores klinik og dagligdag. Den fleksibilitet er kernen i vores måde at drive praksis på.

Inden vi købte praksis i Charlottenlund, arbejdede vi i næsten 10 år som læger i Vestjylland. Vi ved, hvordan det er at stå i et yderområde med mange praktiske udfordringer. Erfaringen har lært os, at det er friheden til at tilpasse sig lokalt, der gør det muligt at få både lægeliv og familieliv til at fungere. Den frihed må ikke fjernes.

Lovpakke 2b truer netop denne fleksibilitet. Hvis vi pålægges udvidede faste åbningstider samt skærpede regler og nye sanktionsmuligheder fra regionerne, mister vi muligheden for at tilpasse os lokalt. Resultatet bliver mere bureaukrati, mindre patienttid og dårligere rekrutteringsvilkår for nye læger.

En af vores helt grundlæggende bekymringer er, at lovpakken i store træk fjerner det aftalebaserede system og dermed PLO's indflydelse. I det øvrige samfund bygger samarbejdet mellem arbejdsmarkedets parter på forhandling og aftaler – det er en dansk tradition, der skaber både stabilitet og tillid. Når man i almen praksis i stedet vil erstatte dette med ensidig lovgivning og kontrol, bryder man med en model, som ellers har fungeret i årtier.

Vi er selvstændige erhvervsdrivende, og netop det har været en tungtvejende årsag til, at vi valgte specialet almen medicin. Det giver os frihed til at organisere klinikken efter patienternes og vores

egne behov. Men med lovpakke 2b lægges der op til kontrol- og styringsmekanismer, som man ikke ville drømme om at pålægge andre selvstændige erhvervsdrivende.

Hvis denne udvikling fortsætter, frygter vi, at mange mister lysten til at være praksisejer – og dermed mister sundhedsvæsenet den drivkraft og engagement, som gør almen praksis så stærk.

Vores vigtigste bekymringer ved lovpakken:

- Uklarhed omkring basisfunktion kan føre til detailstyring.
- Udvidede sanktionsmuligheder uden reel retssikkerhed.
- Risiko for færre læger i praksis – både i yderområder og i hovedstadsområdet.
- Flere administrative krav, som tager tid fra patienterne.
- Tab af kontinuitet og nærhed i patientbehandlingen.
- Manglende fleksibilitet og selvbestemmelse, som gør det svært at forene lægernes og patienternes behov.

Vores opfordring:

Bevar tilliden og friheden i almen praksis. Det er fleksibiliteten og den lokale tilpasning, der gør det muligt for os at skabe en klinik, hvor både patienter og familieliv trives. Lovpakken bør revideres, så vi ikke mister det, som gør almen praksis stærk: kontinuitet, fleksibilitet og patientnærhed.

Med venlig hilsen

Anette Rams Mejdahl & Mads Rams Mejdahl
Familielægerne Mejdahl
Charlottenlund

Høringssvar

Kære Sundhedsministerium

Jeg skriver som yngre læge, der er ca 1 år inde i uddannelsen til at blive speciallæge i almen medicin. Jeg har planer om at lave egen klinik efter speciallægeuddannelsen og gerne i et lægedækningstruet område. Jeg har arbejdet som studerende for Christina Svanholm med praksisbussen tilbage i 2018 og er stor tilhænger af hendes koncept, hvorfor jeg har planer om at lave lignende – bare i Jylland.

Jeg er helt enig i, at vi skal løse lægemangel især i udkantsområder i Danmark, og det skal nok lade sig gøre med 1500 flere læger og flere gulerødder for lægerne til at rykke ud. Desværre synes jeg, der er en del uhensigtsmæssige punkter i lovforslaget, der ret kraftigt har fået mig til at gentænke specialet. Det er ærgerligt, da jeg brænder for at blive alment praktiserende læge og netop overvejer at lave klinik i udkanten.

Mine 3 primære motivationer for at blive alment praktiserende læge er som følger:

1. Patientkontinuitet, drømmen om at være familielæge og have egen klinik til min pensionsalder.

Dét punkt er udfordret, hvis rammerne for familielægen forringes, hvis basisfunktionen forsøger at ensrette klinikker i en grad, at man ikke kan tilpasse klinikken til patienters behov. Lolland og Østerbro har selvsagt meget forskellige patientprofiler.

Derudover giver tvungne udvidede åbningstider muligvis patienter flere tidspunkter at komme til en tilfældig læge på. Da vi ikke hver især kan være til rådighed 50+ timer om ugen, vil det så ikke blive med egen læge. Det bliver skiftende vagter som på hospitalet eller i lægevagten. Skiftende personale giver dårlig patienttilfredshed, hvorfor jeg ikke kan se dette er en fornuftig løsning at indføre med tvang.

2. Selvstændighed til at indrette egen klinik og arbejdsdag smartest og bedst – bedst for mit lokale patientklientel og mest bæredygtigt for mig som læge, så jeg kan arbejde 40 år og ikke blive udbrændt.

Dét punkt er meget udfordret, da selvbestemmelsen bliver meget mindre med lovpakken.

3. Bred faglighed.

Det punkt er knap så udfordret, men fagligheden kan man også finde på medicinske afdelinger. Og hvis selvstændigheden og familielægerollen bliver mindre i almen praksis, kunne jeg lige så godt blive hospitalslæge.

Således er 2 ud af 3 punkter udfordrede, hvorfor jeg i høj grad overvejer at skifte speciale hvis lovpakke 2b bliver gennemført.

Problemer med reformen

1. Det er farligt at lade embedsmænd bestemme faglige prioriteringer i en basisfunktion uden direkte medbestemmelse fra fagpersoner. Derfor har vi vores overenskomster. Ellers bliver det lærernes 2013 om igen.

2. Det er uhensigtsmæssigt at lave flere regionsklinikker og udbudsklinikker.

- 80 % af yngre almen medicinere vil eje egen klinik, 3 % vil arbejde i regionsklinik (pga. penge, fast arbejdstid uden overarbejde), 0 % vil arbejde i udbudsklinik. Resten ønsker arbejde PLO-klinikker, arbejde i industrien, på hospitaler etc.

- Regionsklinikker er dyrere at drive end PLO-klinikker

- Ansatte læger arbejde i gennemsnit kun 1,5 år i regions- og udbudsklinikker.

Det giver ikke kontinuitet og er **ikke** det samme som en egen læge. Kontinuitet sparer indlæggelse, giver mindre dødelighed og større patienttilfredshed.

- Lægerne er mindre motiveret, da de ikke tager ansvar for klinikken udover de timer, de er ansat til i klinikken.

- Det er konkurrenceskævvridende, at regionerne må betale højere løn til ansatte end PLO-klinikker må, at der er økonomisk loft i PLO-klinikker og ikke regionsklinikker, og regionerne skal have indblik i regnskaberne, men PLO må ikke indblik.

3. Arbejdstider om aftenen og i weekenden gør rekruttering sværere, giver mere udbrændthed, mindre arbejdsglæde og gør work-life-balance sværere. Der er mange kvinder i specialet Almen Medicin med børn i førskole- og skolealderen, og det kan ikke hænge sammen hvis f.eks. 3 yngre kvinder sætter sig i en kompagniskabspraksis, hvilket er et meget realistisk scenarie.

Jeg har følgende spørgsmål:

1. Hvorfor skal læger have mindre indflydelse på lægelige arbejdsopgaver uden mulighed for forhandling?
2. Hvordan kan embedsfolk uden lægelig baggrund være bedre til at beslutte, hvad læger skal lave, udover at de er bedre til kvantitative Excelark?
3. Hvorfor er regionsklinikker så vigtige at prioritere, når de på samtlige parametre er et dårligere alternativ end PLO-klinikker, og halvdelen af yngre almen medicinere gerne vil arbejde i udkantsdanmark under de rette forhold?
4. Hvordan tænker I, man skal håndtere en evt. konflikt som ved lægerne i 2013? Er I bekymrede for, at det kunne ske?
5. Hvordan kan I tænke, at det er bæredygtigt at give flere hundrede ekstra patienter til bylæger, der er stressede og hvor ventetiden er lang i forvejen?
6. Hvorfor er I ikke bekymrede for rekruttering af speciallæger eller lægers udbrændthed?
7. Hvor mange bureaukratiske årsværk giver den nye lovpakke, og hvordan stemmer det overens med afbureaukratisering?
8. Hvorfor vil I væk fra den danske almen praksis-model, som folk i udlandet kommer til DK for at studere, da den er så effektiv og rent ud sagt god?
9. Har I tænkt jer at lukke regionsklinikker, når der kommer flere læger og dermed købere til PLO-klinikker eller vil I fastholde regionsklinikkerne?
10. Har I tænkt jer at tage alle bekymringer vedrørende lovpakke seriøst, eller ønsker I blot at trumfe lovpakken igennem, fordi I synes, at læger er for besværlige at lave aftaler med?

Jeg foreslår følgende:

1. Skæve åbningstider skal være et tilvalg. Således kan klinikker, der kan overskue aften- og weekendarbejde, selv tilvælge det og få en økonomisk gulerod. Patienter kan ligeledes selv vælge, at de vil prioritere en læge med udvidede åbningstider.
2. Bibehold overenskomstens indflydelse som den er nu.
3. Priorité opgaver i almen praksis, så vi primært skal lave lægearbejde.

4. Lad være med at tildele flere hundrede ekstra patienter til bylæger. Det er rigtigt fint, at der skal være differentieret patientmængde (det går jeg helt ind for). Men det er urealistisk at tildele flere hundrede ekstra patienter til en i forvejen presset læge med 3 ugers ventetid – uanset om vedkommendes patienter er mindre komplekse end i vandkanten.
5. Vent med at tildele flere patienter før, det er defineret hvilke ikke-lægelige opgaver, der kan skæres fra alment praktiserende læger.
6. Sørg for, at regionsklinikker vedbliver at være en midlertidig model således, at læger skal kunne købe ydernumre fra regionsklinikker lige så snart de ønsker det.
7. Gør praksisbus-metoden til en mere udbredt model. Det er netop det, der muliggør at arbejde i udkantsområder og samtidig give en læges familieliv til at give mening.
8. Lav et mindre optag på lægeuddannelserne i Kbh og Aarhus og flere i Esbjerg, Aalborg og måske Slagelse. Vi skal fange lægerne tidligere i livet, da de fleste har sat sig med familie ved starten af speciallægeuddannelsen.
9. Give fysioterapeuterne mulighed for at vurdere og behandle mindre bevægeapparatsskader uden, at der kræves en henvisning fra lægerne.
10. Undersøg (sammen med fagpersoner) hvilke opgaver, der helt konkret kan udliciteres til ikke-lægelige kollegaer som fx fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer mm.
11. Sortér i lægeattester sådan at vi kun bruger tid på dem, hvor det giver mening.

I skal huske, at vi er jeres eneste udbyder til at udfylde den lægelige rolle i almen praksis.

Jeg håber virkelig, I vil tage ovenstående og alt, hvad der kommer fra mine kollegaer til efterretning.

Mvh Anne Schou, læge i speciallægeuddannelse til Almen Medicin

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Annika Bonde (annb@sum.dk), gkg@sum.dk (gkg@sum.dk)
Fra: Annette Gløe Schousboe (ags@laegeklinikkenskolding.dk)
Titel: bekymring over ændrede rammer for almen praksis
Sendt: 29-07-2025 13:48

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Vedrørende bekymring over ændrede rammer for almen praksis

Jeg skriver som 58-årig alment praktiserende læge i Region Syddanmark med praksis i Kolding, hvor jeg gennem mange år har drevet en kompagniskabspraksis med stor faglig stolthed og dedikation til mine patienter – mange af dem med komplekse, kroniske lidelser.

Med den nye lovgivning lægges der op til, at jeg som praktiserende læge fortsat skal afholde udgifter til personale og lokaler, mens regionen fremover får mulighed for ensidigt at fastsætte rammer og vilkår for arbejdet i praksis. Det er en model, der i mine øjne rækker grundlæggende ved den frihed og det ansvar, der hidtil har kendetegnet den praktiserende læge i Danmark.

Det er ikke de præmisser, jeg har uddannet mig til. Jeg oplever det som en udhuling af det lægefaglige råderum og som en devaluering af den selvstændige praktiserende læges rolle i sundhedsvæsenet. Det giver mig en oplevelse af at blive styret frem for at samarbejde – og det gør, at jeg seriøst overvejer min fremtid i almen praksis.

Jeg er skuffet over, at man fra politisk hold tilsyneladende ikke værdsætter den lægefaglige kompetence og det store arbejde, som praktiserende læger i Danmark yder hver eneste dag. Vi er rygraden i det nære sundhedsvæsen, og det engagement, vi lægger i vores patienter og vores praksis, bør anerkendes – ikke begrænses.

Hvis disse ændringer bliver en realitet, vil jeg se mig nødsaget til at overveje alternative veje – enten i form af privat lægehjælp eller måske en tidlig pensionering. Og jeg tror ikke, jeg er alene om denne tanke.

Min egen datter, der er uddannet læge og står over for at søge hoveduddannelse, har tidligere haft et klart ønske om at gå almen praksis-vejen. De seneste signaler og lovinitiativer har dog fået hende til at tvivle – for hvorfor vælge en fremtid som selvstændig praktiserende læge, hvis man i virkeligheden bliver sat under regionsstyret administration uden reelt råderum?

Jeg skriver dette brev, fordi jeg frygter, at vi med de nye rammer er på vej til at miste noget værdifuldt – både for læger og for patienter. Engagement, ansvarsfølelse og kontinuitet er nøgleelementer i almen praksis. Men det kræver også, at vi får lov at være selvstændige behandlere med fagligt råderum – ikke bare leverandører i et system.

Det bliver nok et farvel fra mig, hvis denne udvikling fortsætter. Jeg håber inderligt, at ministeriet vil genoverveje konsekvenserne af den nye lov og inddrage de praktiserende lægers stemme i den videre proces.

Annette Schousboe
Alment praktiserende læge
Fynsvej 7

6000 Kolding
Tlf: 75520700
ags@laegeklinikkenskolding.dk

Til: karin.liltoerp@ft.dk (karin.liltoerp@ft.dk), jens.henrik.thulesen.dahl@ft.dk (jens.henrik.thulesen.dahl@ft.dk), Peter.Kofod@ft.dk (Peter.Kofod@ft.dk), per.larsen@ft.dk (per.larsen@ft.dk), peder.hvelplund@ft.dk (peder.hvelplund@ft.dk), 'louise.brown@ft.dk' (louise.brown@ft.dk), rosa.eriksen@ft.dk (rosa.eriksen@ft.dk), stinus.lindgreen@ft.dk (stinus.lindgreen@ft.dk), lea.wermelin@ft.dk (lea.wermelin@ft.dk), kirsten.normann.andersen@ft.dk (kirsten.normann.andersen@ft.dk), christoffer.melson@ft.dk (christoffer.melson@ft.dk), Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Fra: Astrid Schmedes (astrid_ss@hotmail.com)
Titel: Kære politikere,
Sendt: 09-08-2025 17:28

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære politikere,

den 26.10.25 bliver jeg speciallæge i almen medicin. Om 1 mdr skriver jeg under på at købe mig ind i en stor kompagnipraksis i en lille landsby i Midtjylland med to andre nyuddannede speciallæger. Klinikken har været på listen over lægedækningstruede områder gennem længere tid, men er det ikke mere fordi vi har den plan som vi har. Vi lægger alle en håndfuld millioner fordi klinikken har måtte gennemgå en større renovation, og der skulle flere medarbejdere til så den kan tage sig af de patienter der er. Det er generelt en ældre population med lange medicinlister og mange mennesker med kroniske sygdomme. Jeg glæder mig over at det nære sundhedsvæsen skal styrkes og jeg anerkender egentlig at der er forskel på at drive praksis på Østerbro og hvor jeg sidder. Men det er ikke nemt på Østerbro. Det er andre problemstillinger. Og en af årsagerne til jeres lovforslag fejler er

bl.a. at I grundlæggende ikke forstår kernen af arbejdet i almen praksis. I tror ensartethed og homogenicitet er en forudsætning for bedre kvaliteten. Men det er fuldstændig forkert og modsat. Grunden til at kvaliteten i dansk almen praksis er så høj som den er, er netop at lægens kendskab til sine patienter og den relation der opbygges over tid mellem lægen og den enkelte patient giver fundamentet til at give den enkelte patient den helt tilpassede behandling som denne patient har brug for. Du kan have to patienter af samme køn, alder, socioøkonomisk baggrund men med forskellig opvækst og livssyn eller hvad der måtte være af små veje gennem livet, som gør at de to personer får helt forskellig behandling. Det er lægekunsten der sker i mødet mellem patient og læge. Og det kan sundhedsministeren altså ikke forstå ved et skrivebord i København.

Der mangler sådan nogle som mig. Yngre speciallæger som har glædet sig gennem 15 års uddannelse til netop at købe sig ind i egen klinik. Lære patienterne at kende. Forstå at der skal handles når hr Hansen kommer og klager og der godt kan ses an når fru Jensen kommer. Løse det når sygeplejersken bliver sygemeldt. Sikre uddannelsen af nye

kommende speciallæger. Reparere taget når skybruddet viser utætheder. Jeg har glædet mig til at drive en klinik der passer til mine patienter og en klinik der passer til mig. Og der kommer flere og flere som mig. Vi vil gerne! Vi vil gerne løse sundhedsreformens store mål!

Patienter er forskellige. Læger er forskellige. Halvdelen af de praktiserende læger føler sig udrændte som det står til i dag. Min eneste bekymring ved selvstændig virksomhed har været frygten for udrændthed pga for stor arbejdsbelastning. Men det taler mine kommende kompagnoner og jeg om. Og det må vi organisere os ud af. Nu frygter jeg det mere end før ved tanken om at en person langt fra min virkelighed skal diktere mine arbejdstider, hvilke sygdomme jeg skal opsøge. At hvis jeg i mødet med patienten tilfredsstiller patienten men ikke regionen, kan de sanktionere mig. At lægefagligt input ikke bliver en del af fremtiden og udviklingen for almen praksis. At alt forhandlingsret over egne vilkår forsvinder for de praktiserende læger. Når min mulighed for at organisere praksis så den passer til både patienterne og mig

forsvinder, så vil mening i mit arbejde også forsvinde.

Vil jeg skrive under om 1 mdr?

Det er mange penge også. Hvad sker der hvis jeg 1.1.27 ikke kan se mig selv i vilkårene.

Det tænker jeg dagligt på. Lige indtil 1.7 glædede jeg mig hver dag. Det kunne ikke gå hurtigt nok. Nu er jeg blevet i tvivl.

Der går så meget tabt hvis det kommende indgreb indføres.

Løsningen er flere læger. De er på vej. Jeg er på vej. Lad nu være med at ødelægge det.

Lad da i det mindste lægerne være med til at finde løsningerne.

Politisk synes jeg i øvrigt det er elendigt håndværk. At man moser en gruppe erhvervsdrivende med en fagforening med et lovindgreb fordi man ikke orker forhandlingerne.

Mvh Astrid Schmedes, HU læge almen medicin

Til Sundhedsministeren

Jeg har brugt en del af min ferie på at reflektere over sundhedsvæsenets reform og de langsigtede konsekvenser for den almen praksis, som vi kender den i dag.

De seneste dage har jeg tilbragt tid med tidligere kolleger i North Wales, hvor min karriere som læge begyndte. Sundhedsvæsenet i UK er flere år fremme i reformprocessen, og som det fremgår af den vedlagte analyse, ser resultaterne desværre ikke lovende ud. Udgangspunktet for reformerne i 1960'erne og 70'erne var nogenlunde det samme som i Danmark i dag: et ønske om større ensartethed og mulighed for at tilbyde gratis lægehjælp til hele befolkningen.

GP'er var ikke populære blandt hospitalslæger. Moralen var lav, og få ønskede at vælge den vej. Ventetiden på hospitalerne var lang, og NHS-ledelsen så mod almen praksis som løsningen på overbelastede sygehuse og stigende ventelister. Mange sololæger blev tilbudt støtte til at samle sig i større enheder via den såkaldte "group practice allowance". NHS overtog dele af huslejeudgifterne og op til 70–80 % af lønudgifterne — dog maks. to ansatte per GP. I praksis blev GP'erne dermed mere offentligt finansierede og mindre selvstændige. De mistede retten til at sælge goodwill, da lokaler og ansatte reelt blev finansieret af NHS. Man kan ikke længere sælge sit ydernummer i UK.

Støtten til personaleløn førte til flere ansatte, men også til mere bureaukrati og behov for ledelse. De fleste praksisser ansatte derfor en practice manager.

GP'erne fik en overenskomst, hvor de blev betalt per tilknyttet patient samt for bestemte ydelser og resultater — ikke per konsultation. Systemet har fungeret sådan i årevis, og praksis bliver fortsat større.

Men har patienterne fået bedre behandling, adgang eller tilfredshed? Nej. Det er overraskende, for på papiret virker modellen fornuftig — ligesom de planer, ministeren nu lægger op til. Problemet er, at større organisatoriske enheder udvander det personlige ansvar, som den enkelte læge har, og det kan mærkes i det tilbud, patienten får. Sololæger scorer konsekvent højere på patienttilfredshed, fordi relationen og nærheden er anderledes. Lægen kender patienterne, og anamnese sker direkte, ikke via tredjepart.

I Danmark, hvor praksisstørrelsen typisk er på 1–5 læger, er der reelt kun en ubetydelig forskel til solopraksis, hvad angår service og tilfredshed. Vi klarer 90 % af sundhedsvæsenets opgaver med 10 % af budgettet – sygehusene står for det modsatte, trods et stigende antal ansatte år for år.

Alligevel oplever vi fortsat lange ventetider og flere afviste henvisninger fra sygehusene. Det er svært at forstå. Vi bliver bedt om at løse flere opgaver uden tilsvarende ressourcer – og uden reel dialog.

Når jeg fortæller mine kolleger i UK om det danske lovforslag, lyder det umiddelbart fornuftigt: flere patienter per praksis, mere fleksibilitet i åbningstider og en fælles portefølje af ydelser. Men samtidig mister vi indflydelse, paritet i klagesystemet og retten til at klage uden betaling først. Vi mister økonomien til uddannelse og retten til at overdrage praksis med goodwill. Salg af praksis skal godkendes af regionen først.

Vi må ikke glemme de mange krav, vi allerede møder, hvis vi ønsker at nedsætte os i nye lokationer. Det er ikke let at være praktiserende læge. Alligevel er vi der – hver dag – og passer vores patienter med glæde. Hvorfor? Fordi vi har haft råderum og frihed under ansvar. Fordi vi har sat vores præg på klinikken. Det er svært at måle – men det virker, for både os og patienterne.

Jeg trives med ansvar, fordi jeg samtidig har indflydelse på rammerne. Min trivsel hænger sammen med, hvordan jeg har indrettet min praksis. Det er noget særligt – det kan ikke standardiseres, men det kan måles i rapporter, vi leverer til klyngemøderne.

Hvorfor skal jeg tage ansvaret, udgifterne og huslejen (42.000 kr. om måneden for en sololæge i Roskilde), hvis regionen bestemmer indhold og arbejdstid? Så kunne jeg lige så godt blive vikar – med højere løn og intet ansvar.

Beklager det lange brev, men min pointe er, at man som politiker og sundhedsansvarlig bør overveje reformens konsekvenser nøje. Systemændringer i UK har skabt dårligere vilkår for både patienter, læger og hospitaler – selv om lægerne fik “guldrandede” vilkår for lokaler og løn. Hvor er vores gulerod?

Jeg overvejer seriøst at træde ud – og i stedet tilbyde samme behandling til de patienter, der ønsker det privat. Det betyder, at jeg må reducere personale og huslejeudgifter, fordi jeg mister

sikkerheden ved at drive praksis under ydernummer og samarbejde med regionen. Men sådan må det være.

Jeg er 52 år og havde ikke forestillet mig at stoppe som praktiserende læge nu. Men hvis reformen bliver vedtaget, tror jeg mere på frihed end sikker indtjening. Jeg skal nok klare mig – vi praktiserende læger er ressourcestærke, resiliente og initiativrige.

Jeg elsker mit arbejde og mine konsultationer. Men en fremtid med færre fysiske konsultationer, længere ventetid og mere administration tiltaler mig ikke – slet ikke med nuværende lønvilkår. Ingen gulerod, ingen forpligtelse.

Jeg er ked af det på mine patienters vegne – især dem, der ikke har ressourcer til at finde eller betale for privat lægehjælp. Det har aldrig været meningen. Jeg værdsætter, at der ikke er direkte betaling i de fleste konsultationer. Men nu må patienterne også kæmpe for deres rettigheder. De er 6 millioner – vi er kun cirka 3.500 praktiserende læger. Vi vil stadig være der – men ikke for enhver pris.

Jeg ønsker at bevare min faglige selvstændighed. Den mistillid og manglende vilje til dialog, vi oplever, er ødelæggende.

I UK går læger på pension som 60-årige, og mange ser frem til det – eller er lettede over at være ude, fordi systemet ikke fungerer. Moralen er lav, lægemanglen er massiv, og de unge læger ønsker sig noget andet. NHS står i sin største krise nogensinde.

Skal vi virkelig gentage fejltagelserne?

Det ville være klogt at lære af erfaringerne fra lande, der har forsøgt lignende reformer.

Med venlig hilsen

Belén Redal-Baigorri

Praktiserende læge

Algade 55, 2. sal

Roskilde, Region Sjælland

Område	Før reform (før 2019)	Efter reform (2023–2025)
Patienttilfredshed	Høj (ca. 83%)	Faldende (ca. 71%)
Tilgængelighed	Moderat – typisk tid inden for 3–5 dage	Problemer med adgang og ventetid
Kontinuitet (samme læge)	Relativt høj – mange så “egen læge”	Lav – færre ser fast læge
Klinisk kvalitet	Stabil og velfungerende	Stabil, men presset af personalemangel
Effektivitet	Varierende, afhængigt af praksis	Bedre visse steder, men ujævn
Lægers arbejdsmiljø	Pres, men nogenlunde balanceret	Markant forværret – udbrændthed
Ulighed i adgang	Mindre udtalt digital ulighed	Øget – især blandt ældre og udsatte grupper

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Fra: C Bianca (cabipe@gmail.com)
Titel: Høringssvar vedrørende forslag til ny organisering af almen praksis (lovpakke II i sundhedsreformen)
Sendt: 12-08-2025 21:46

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsministeriet

Jeg skriver som praktiserende speciallæge i almen medicin og medejer af en moderne, privatdrevet klinik i provinsen. Siden 2021 har jeg investeret store personlige, faglige og økonomiske ressourcer i at opbygge et tilbud, der sikrer kontinuitet, høj kvalitet og tilgængelighed for vores patienter.

Jeg deler ønsket om at styrke lægedækningen, men vurderer, at lovforslaget i sin nuværende form vil svække netop de kvaliteter, som gør almen praksis til en effektiv og velfungerende del af det danske sundhedsvæsen.

1. Udefinerede opgavebeskrivelser skaber usikkerhed

Lovforslagets nationale opgavebeskrivelse er formuleret så bredt, at ingen med sikkerhed kan vide, hvad den reelt vil indebære i praksis. Indholdet kan ændres hurtigt af skiftende politiske flertal uden ny lovproces. Det gør det umuligt at planlægge drift, bemanning og investeringer langsigtet og skaber usikkerhed både for læger og patienter.

Det er helt afgørende, at relevante faglige organisationer inddrages direkte i udformningen af opgavebeskrivelserne, så de bliver fagligt funderede, realistiske og til gavn for patienterne – og ikke blot et udtryk for politiske skift eller administrative hensyn.

2. Rekruttering- fakta frem for antagelser

Ifølge FYAM-analysen fra 2021 ønsker 81 % af læger under videreuddannelse til speciallæge i almen medicin at eje eller være medejer af en klinik fem år efter speciallægeanerkendelse. Af dem, der ønsker at være ansatte, foretrækker 83 % en PLO-ejet klinik, mens under 3 % ønsker ansættelse i en udbuds- eller regionsklinik.

Erfaringer – bl.a. fra Region Sjælland, viser, at det er vanskeligt at rekruttere til regionsklinikker, og at driften her ofte er dyrere end i privat praksis. Alligevel prioriteres modellen, selvom den hverken styrker tiltrækningen til yderområder eller leverer samme kontinuitet og ejerskab som privat praksis.

3. Udvidede åbningstider, ikke til gavn for de mest syge

Ifølge den seneste landsdækkende brugerundersøgelse er over 80 % af borgerne tilfredse eller meget tilfredse med deres praktiserende læge, og gennemsnittet er 4,2/5. I regionsklinikker ligger gennemsnittet på 3,7.

80 % af patienterne er tilfredse med lægens fysiske åbningstid. Udvidede åbningstider vil i praksis flytte lægetimer fra dag til aften. De mest syge og sårbare patienter kommer og skal ses, i dagtiden, hvor laboratorier, speciallæger, kommuner og patienttransport er tilgængelige. Flere aftenkonsultationer vil primært gavne ressourcestærke borgere, der i forvejen er mest opsøgende. Det er ikke lighed i sundhed.

4. Regionsklinikker – højere omkostninger og mindre kontinuitet

Man kunne umiddelbart forvente, at regionsklinikker med central drift og ofte større organisatoriske

rammer ville kunne levere bedre tilgængelighed for patienterne. Tallene viser det modsatte: 70 % af patienterne er tilfredse med muligheden for at få en tid fysisk eller online hos deres PLO-klinik, mens det kun gælder 51 % i regionsklinikker.

Regionsklinikker leverer heller ikke samme patientkontinuitet som praksisser med personligt ejerskab. De har højere personaleudskiftning, større brug af vikarer og mindre lokalt engagement. Samtidig er driften ofte dyrere end i privat praksis, uden at levere bedre resultater. At satse på en model, der både koster mere og giver dårligere kontinuitet og tilgængelighed, er sundhedspolitisk uforsvarligt.

Lovforslaget bør revideres, så:

- Opgavebeskrivelser defineres klart og med obligatorisk inddragelse af relevante faglige organisationer.
- Rammerne understøtter rekruttering til privat praksis og udnytter det dokumenterede høje patienttilfredshedsniveau.
- Regionsklinikker bør kun anvendes som sidste udvej, når privatdrevne løsninger ikke er mulige og med fuld offentlig gennemsigtighed om økonomi og resultater.

Kilder:

<https://www.ism.dk/Media/638537050233127342/Landsrapport.pdf>

<https://laeger.dk/media/g4yp0m2n/fyam-analyse-2021.pdf>

Med venlig hilsen

Camilla Bianca

Speciallæge i almen medicin

Medejer af Billund Lægeklinik

Tlf Nr: 53561551

Høringssvar vedr. Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.)

Almen praksis udgør fundamentet for et velfungerende sundhedsvæsen.

I Danmark har praktiserende læger og myndigheder gennem årtier udviklet en almen praksis i verdensklasse – samtidig med at udgifterne er blandt de laveste i Europa.

Danske praktiserende læger er blandt de bedst uddannede i verden, både gennem speciallægeuddannelsen i almen medicin og via et stærkt efteruddannelsessystem under Fonden for Almen Praksis.

Almen praksis håndterer kompleksitet og helhed

Patienter kommer sjældent med enkeltstående diagnoser. De møder op som hele mennesker – ofte med uklare symptomer, flere kroniske sygdomme, psykiske udfordringer, sociale vanskeligheder og eksistentielle spørgsmål. Opgaven kræver en bred lægefaglighed, fleksibilitet, ansvarsfølelse og allervigtigst en langvarig, tillidsfuld relation.

Store studier fra både Norge og Danmark har vist, at jo længere tid en patient har været tilknyttet samme lægeklínik, desto lavere er dødelighed og desto færre akutte indlæggelser og vagtlægekontakter har patienten.

Kontinuitet og relation er ikke en luksus – det er evidensbaseret behandling.

Opgaven kan ikke reduceres til produktion

Almen praksis kan ikke effektiviseres som en samlebåndsproduktion. Kompleksitet lader sig ikke løse med central styring og ensretning. Den kræver langvarig forpligtelse, frihed under ansvar, populationskendskab og fleksibel tilpasning til lokale forhold.

Lægedækningsproblemet er reelt – men skal løses klogt

Den primære baggrund for problemet er, at der i årtier er uddannet for få praktiserende læger til at følge med befolkningsudviklingen og de mange opgaver, der er flyttet fra sygehusene.

Problemet er desværre størst i udkantsområder, hvor befolkningen ofte er ældre, mere syge og socialt sårbare.

Derfor er målet om 5.000 praktiserende læger i 2035 helt afgørende for sikre lægedækning og lighed i sundhed. Dette mål forudsætter en fortsat stærk rekruttering og fastholdelse.

Min bekymring

Jeg er praktiserende læge i en lille kompagniskabspraksis på Djursland.

Jeg oplever at vi kender vores patienter indgående og løfter opgaven med stor faglighed og øje for den enkelte patients samlede situation og ressourcer.

Jeg frygter, at lovforslaget i sin nuværende form vil underminere mulighederne for at drive ideel almen praksis i fremtiden og true både rekruttering og fastholdelse.

Mine forslag

Jeg beder jer indarbejde følgende i loven:

- **Faglig forankring:** Afgrænsning af opgaver bør i fremtiden ske i samarbejde mellem Dansk Selskab for Almen Medicin og Sundhedsstyrelsen. Ændringer, væsentlige eller ej, bør bygge på faglighed så vi udnytter kapaciteten i almen praksis bedst muligt.
- **Forhandlingsrum:** Centrale arbejdsvilkår, efteruddannelse, økonomi og honorarstruktur bør fortsat forhandles med PLO. Her kan vi sammen skabe rammerne for en bæredygtig almen praksis og en enklere honorarstruktur, der understøtter arbejdet med de mest komplekse og sårbare patienter.
- **Rekruttering:** Lovgivningen skal understøtte målet om 5.000 praktiserende læger i 2035. Det når vi kun ved langsigtede og afstemte løsninger. At lægge tungere byrder på de nuværende praktiserende læger end de kan bære, og samtidig ved lov fratage dem indflydelse på egen opgave og helt centrale arbejdsvilkår vil få alvorlige konsekvenser for både rekruttering og fastholdelse

Konklusion

Almen praksis er nøglen til et stærkt og ligeværdigt sundhedsvæsen, men vi er for få.

Lad os bygge videre på det, der virker: kontinuitet, helhed, faglighed og forpligtende samarbejde.

Lovgivningen bør først og fremmest skabe rammer, der understøtter rekruttering og fastholdelse, så alle danskere i fremtiden får deres egen læge.

Med venlig hilsen

Casper Overgaard Poulsen

Praktiserende læge

Lægerne Hovedgaden 11 I/S

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Annika Bonde (annb@sum.dk), gkg@sum.dk (gkg@sum.dk)
Fra: Cecilie Schousboe Haugaard (schousboe@live.dk)
Titel: Vedr lovforslag almen praksis
Sendt: 08-07-2025 16:40

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Hej

Jeg skriver til jer for at udtrykke den store bekymring, jeg har ifm det nye lovforslag om almen praksis rolle i sundhedsreformen. Jeg finder det stærkt bekymrende for den gode læge-patient relation, som vi i Danmark kan være stolte af, hvis man som praktiserende læge skal pålægges flere patienter og længere åbningstider. Jeg er selv en ung læge som kraftigt overvejer at specialisere mig inden for almen medicin, men jeg må sige at med de udsigter som den nye sundhedsreform lover, så finder jeg det ikke attraktivt at gå den vej speciemæssigt. Jeg drømmer ikke om et arbejdsliv hvor jeg bliver pålagt flere opgaver, længere arbejdsdage og ikke bliver honoreret for det. Jeg ved at mange af mine yngre kollegaer går med de samme tanker. I sidste ende frygter jeg at det betyder færre praktiserende læger og dårligere kvalitet i almen praksis, og dette kommer til at gå ud over patienterne og dermed det sundhedsvæsen, som vi egentlig er så stolte af her i Danmark.

Jeg håber at I vil tage mine og mine kollegaers bekymringer til efterretning.

Mange hilsner,

Cecilie Schousboe Haugaard

Til: karin.liltoft@ft.dk (karin.liltoft@ft.dk), jens.henrik.thulesen.dahl@ft.dk (jens.henrik.thulesen.dahl@ft.dk), Peter.Kofod@ft.dk (Peter.Kofod@ft.dk), per.larsen@ft.dk (per.larsen@ft.dk), peder.hvelplund@ft.dk (peder.hvelplund@ft.dk), 'louise.brown@ft.dk' (louise.brown@ft.dk), rosa.eriksen@ft.dk (rosa.eriksen@ft.dk), stinus.lindgreen@ft.dk (stinus.lindgreen@ft.dk), lea.wermelin@ft.dk (lea.wermelin@ft.dk), kirsten.normann.andersen@ft.dk (kirsten.normann.andersen@ft.dk), christoffer.melson@ft.dk (christoffer.melson@ft.dk), Inderhøjs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)

Fra: Christina (christinaschou@mail.dk)

Titel: 10 år mere som praktiserende læge?

Sendt: 12-08-2025 21:37

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære sundhedsminister og sundhedsordførere

Skal jeg tage 10 år mere som praktiserende læge?

Jeg har i den sidste tid frustreret fulgt med vedr. lovforslaget ang. almen praksis.

Jeg får lyst til at fortælle jer om min dagligdag og mine tanker om hvorvidt jeg fortsat skal være alment praktiserende læge.

Jeg er 57 år.

Dvs. burde have godt 10-12 år tilbage i almen praksis.

Jeg købte mig i 2008 ind i 2-personer kompagniskab på **Rådhuspladsen i Aarhus**.

Praksis er en by-praksis med relativt mange unge, men også virkelig meget psykiatri og mange etnisk ikke-danske patienter.

Jeg kan på ingen måde nikke genkende til at vi bylæger ikke har tunge patienter:

Måske får mine patienter ikke samme mængde medicin som patienter i udkanten, men samtalebyrden er enorm.

Det er derfor en eklatant fejl at man måler sygelighed i algoritmer der kikker på medicinforbrug, død o.lign.

Sygdom er meget andet end medicin: Det er også sygefravær, afbrudte studier, børn der har det svært, dårlig trivsel mm.

Jeg ser selv 20-24 patienter dgl. Heraf er ca. 30-50% af emnerne vedr. psykiatri.

Jeg tænker det er ret flot **at jeg på 15-min-tider mange gange om dagen på en respektfuld måde kan nå at snakke om selvmordstanker, barn med skolevægring, skizofren med alkoholmisbrug mv.**

Jeg VED jeg er empatisk, fagligt dygtig og ikke mindst et ordentligt menneske.

I årene 2018-21 blev min tidligere kompagnon syg.

I 2021 købte jeg "hen" ud af klinikken.

I godt 1 år derefter ejede jeg begge ydernumre selv, for endelig i 2022 at kunne sælge den ene del af klinikken til min nuværende kompagnon.

I de 3-4 år med sygdom og ejerskab af 2 ydernumre var det - trods at vi taler midtbypraksis i Aarhus - umådeligt svært at skaffe fast vikar. Vi hutlede os igennem med nærmest ny bemanning månedligt.

Jeg havde samtidigt selv en cancer og deraf par mdrs. sygemelding.

Det var virkelig slidsomme år.

Det gav mange tanker om hvor meget man vil byde sig selv og om ikke det ville være nemmere at sælge klinikken som en del af mine jævnaldrende har gjort.

Men jeg stod igennem fordi jeg kunne lide min klinik.

Heldigvis er jeg nu et sted hvor jeg har en fantastisk kompagnon og et ligeså fantastisk personale.

Jeg synes jeg har genvundet gejsten ved at være praksis-ejer, men kan også mærke at balancen er sårbar og ikke må tippe.

Min praksis-historie er på ingen måde unik. Jeg vil ikke ynkes!

Alle vi der ejer praksis ved, at der er perioder hvor man er i overlevels-mode af den ene eller anden grund.

I min praksis har vi organiseret os grundigt, har gode rutiner og et godt arbejdsmiljø.

Vi gør alt det rigtige: vi kan simpelthen ikke organisere os til mere effektivitet.

Vores læger i efteruddannelse giver os topkarakterer hver eneste gang.

Vi giver dem faglighed og får smittet dem med vores gejst for faget.

Hvad vil jeg sige med alt dette?

Jeg vil fortælle jer at vi alle på daglig, ugentlig, årlig basis spænder buen.

Vi gør så mange krumspring for at få det til at hænge sammen, for at vi kan give vores patienter den bedst mulige service og behandling.

Vi strækker os virkelig langt og gør kæmpe-indsatser.

Men vi gør det fordi det er vores egen butik og vores egne patienter.

Jeg er virkelig bekymret for lovforslaget.

Grundene dertil er mange og er skitseret fint af PLO og diverse læger i medierne.

Personligt og klinik-driftsmæssigt **kan jeg ikke klare at passe flere patienter end de nuværende 1600 pr. kapacitet - ej heller som by-læge!**

Jeg må sige at **kommer lovforslaget til at gå igennem sælger jeg min klinik.**

Jeg vil ikke én gang mere byde mig selv at blive styret af udefra-kommende demotiverende faktorer.

Og hvem er taberne:

Det er mine patienter.

Jeg ved at jeg er en fantastisk god læge for langt de fleste af dem.

Og jeg ved, at hvis jeg skal arbejde i en Regions- eller koncern-klinik får de ikke en brøkdels af min effektivitet og engagement, men jeg får måske samme eller bedre løn.

Jeg håber I har læst skriften på væggen: tager lovforslaget af bordet og begynder at **SAMARBEJDE med os praktiserende læger.**

Med venlig hilsen

Christina Schou

Lægerne Rådhuspladsen, Aarhus

Høringssvar vedr. Lovforslag om National opgavebeskrivelse og basisfunktion mv. for det almenmedicinske tilbud

Jeg hedder Christina Svanholm og har siden 2017 været praktiserende læge i Nysted, hvor vi er 3 faste speciallæger til 4800 patienter, mestendel komplekst multisyge borgere med behov for mere tid i konsultationen.

Da jeg som fraskilt mor med skolebørn og eksmand, skulle pendle fra København, fik jeg idéen til den første praksisbus, som Region Sjælland gjorde til virkelighed. Dengang blev en Mercedes Sprinter indrettet med arbejdspladser, så vi kunne bruge rejsen til videokonsultationer, supervision og administration. Det viste sig at være en succes og blev afgørende for, at vi kunne tiltrække læger til området. Efter to år skulle regionen spare, og vi endte i en Mercedes Vito med laptops i skødet, som har forringet arbejdsvilkårene og dermed effektiviteten. Sådan har vi kørt siden.

Pr. 1/1-25 overtog jeg klinikken i Sakskøbing for at sikre lægedækning lokalt. Der er aktuelt ca 7500 patienter tilknyttet og behov for 5 speciallæger, som det lykkedes at tiltrække. Jeg forespurgte regionen om at indrette en større bus, men fik afslag. Derfor betaler jeg idag selv vognmanden et supplerende beløb på 7000 kr + moms hver måned for igen at køre i en Mercedes Sprinter, så vi kan have 8 funktionelle pladser. Denne gang dog uden borde, da der ved specialindretning bliver færre pladser.

I dag er vi således 8 faste speciallæger, to vikarer og fire uddannelseslæger. Men netop fordi vi har uddannelseslægerne med, har vi ikke plads til de nødvendige 8 speciallæger i den nuværende minibuss. De fleste dage kan vi kun køre med 4 speciallæger ad gangen – og det betyder fortsat lange ventetider for patienterne, selvom lægerne faktisk gerne vil arbejde her.

Som praktiserende læge på Lolland føler jeg mig nødsaget til at advare meget tydeligt imod flere af elementerne i det foreliggende lovforslag sendt i høring.

Jeg repræsenterer et område, der i hele arbejdet med sundhedsreformen nævnes først, når vi taler om lægedækningstruede områder. Mine kollegaer og jeg har aktuelt ansvaret for ca. 12.000 patienter fordelt på 2 ydernumre og 8 kapaciteter – en kolossal opgave i et område med en befolkning, der adskiller sig markant fra resten af landet i både demografi og sygdomsbyrde.

Vi har over 50 % flere kronikere end gennemsnittet i Region Sjælland og under 50 % færre børn og gravide. Vi har ca. dobbelt så mange med KOL (af dem vi har fundet) og tæt på 3 gange så mange med diabetes som landsgennemsnittet.

Jeg har tilladt mig at lave en systematisk gennemgang af punkterne i høringsteksten;

Punkt 2.1: National opgavebeskrivelse og basisfunktion

Jeg har stor forståelse for ønsket om at definere hvilke opgaver og krav vi skal levere og leve op til i almen praksis. Men det er helt afgørende, at disse opgaver baseres på solid faglig evidens og er realistiske i forhold til den virkelighed vi arbejder i.

DSAM bør entydigt indskrives i lovteksten som en uomgængelig aktør i udarbejdelsen af opgavebeskrivelsen og basisfunktionen. Ligeledes bør KIAP indskrives som vores fortsat kvalitetssikrende organ.

Derudover bør "Vælg Klogt"-initiativet opprioriteres og integreres i processen for at sikre en etisk og økonomisk bæredygtig prioritering af opgaver. Vi skal turde spørge: Hvad er virkelig nødvendigt, hvad er spild af tid og hvad er direkte skadeligt? – for vores tid og ressourcer er og bliver ikke uendelige.

Punkt 2.2: Lokale aftaler med udbudsklinikker og regionsklinikker – konkurrenceforvridning i praksis

Her må jeg som praktiserende læge i et lægedækningstruet område sige: Jeg er dybt bekymret for den konkurrenceforvridning der allerede i dag finder sted – og som lovforslaget vil forværre.

Jeg har tre helt konkrete eksempler:

- Eksempel 1: En læge, jeg tilbød 5.625 kr. i dagstakst for 9 timer (det højeste jeg realistisk kunne betale under vores indtjeningsloft), fortalte at han fik 7.000 kr. i en regionsklinik for 8 timer, uden at være bundet af overenskomstens ydelser. Han kunne derfor afsætte den tid han fandt fagligt rimelig – noget jeg ikke kan tilbyde uden at sprænge budgettet. Det er absolut uholdbart, når vi har brug for at kunne give mest til dem med størst behov.
- Eksempel 2: Region Sjælland afslutter alle (obligatoriske) temadage for uddannelseslæger med at reklamere for ansættelse i egne klinikker – inklusiv reklame for højere løn, differentieret efter geografi. Et reklamefremstød, som jeg finder direkte konkurrenceforvridende og uetisk.
- Eksempel 3: Jeg har i årevis transporteret læger i en praksisbus fra København til Lolland. Alle mine forslag om at lease en større bus, som jeg selv ville drifte med medicinstuderende eller andre sundhedsfaglige personer, er blevet afvist. Jeg har måttet betale 7.000 kr. + moms ekstra om måneden for den største bus

vognmanden havde i stedet – mens regionen selv afslog at stå som juridisk ejer i en fondsansøgning til Fonden for Almen praksis, der kunne have finansieret en større bus til gavn for større dele af området.

Jeg frygter, at lovforslaget vil give regionerne endnu større mulighed for at favorisere egne klinikker – og dermed aktivt skade dem, der faktisk formår at rekruttere og fastholde læger til udkantsdanmark.

Punkt 2.3: Differentieret honorarstruktur

Jeg bakker varmt op om tanken om at honoreringen differentieres, så vi kan give mere til de patienter med størst behov – herunder multisyge, psykiatriske patienter og ikke mindst de mange mennesker med behov for tolk. Men det kræver at indtjeningsloftet i almen praksis tilpasses, så vi ikke fortsat straffes kollektivt for at yde mere der hvor behovet er størst.

Punkt 2.4: Forhåndsgodkendelse af læger

Det er helt rimeligt at læger skal vurderes fagligt før de kan erhverve et ydernummer. Men denne vurdering skal foretages af sundhedsfagligt kompetente personer – ikke et administrativt sekretariat.

Vi taler om patienternes primære adgang til sundhedsvæsenet – det skal ikke være et kontorarbejde.

Punkt 2.5: Opfølgning og klagenævn

Regionernes mulighed for at følge op på klinikkerne giver god mening i princippet.

Men der er åbenlys risiko for, at det udvikler sig til et dyrt, bureaukratisk kontrolapparat, der sluger ressourcer uden at skabe værdi for patienterne.

Vi har set hvordan intentioner om digitalisering og “overblik” kan forvandles til absurde tilbagebetalingskrav – fx på 0204-ydelsen ”Aftalt telefonkonsultation” som principielt må anvendes hvis en borger ikke kan anvende video – desværre laver vi ifølge region Sjælland for mange af dem idet vi har måttet respektere vores store population af ældre der ikke er digitaliserede.

Punkt 2.6: Frygt for en almen praksis med løsere tilknytning og lavere kvalitet

Mit største strukturelle forbehold handler om udviklingen mod en almen praksis bemannet af vikarer og kortvarigt ansatte, som vi allerede ser i regionsdrevne klinikker.

Jeg kender til eksempler på ansættelser af læger uden relevant speciallægeuddannelse eller som ikke er blevet godkendt i deres videreuddannelse til almen praksis.

Vi må ikke skabe et system, der opmuntrer til kortvarige, løsere tilknytninger og undergraver kontinuiteten og kvaliteten i patient-læge-relationen. Det vil især ramme de mest sårbare områder i landet.

Tilbage i 2021 valgte vores daværende formand for Dansk Selskab for Almen Medicin, Anders Beich, at skifte fra en praksis på Nørrebro i København til arbejdet som læge i Nysted på Lolland. Han blev tiltrukket af opgaven med de komplekse, multisyge patienter – og så en løsning i vores buskoncept ”Praksisbussen”, hvor han kunne træde ind på det rullende kontor blot få hundrede meter fra sit hjem.

Men virkeligheden i almen praksis er i de senere år blevet stadigt tungere og mere presset. Ikke mindst fordi kollegaer landet over har måttet opgive, og vi som tilbageværende læger får ansvaret for endnu flere alvorligt syge kronikere – uden at ressourcerne følger med.

Rammerne for almen praksis understøtter ganske enkelt ikke det nødvendige tidsforbrug, der kræves for at give disse patienter den behandling og omsorg, de har ret til. Resultatet? Anders – en af landets mest erfarne og fagligt dedikerede almenmedicinere – har efter kun tre år hos os været nødt til at kaste håndklædet i ringen. Ikke på grund af manglende vilje eller evne, men som en direkte konsekvens af et system, der pålægger os flere og flere opgaver uden at sikre hænder til at løfte dem.

Og oven i det hele er vores busløsning – der engang var en innovativ og attraktiv idé – blevet stadigt mere trang og komforten så ringe, at det også har spillet en væsentlig rolle for Anders’ beslutning om at stoppe.

Vi er dybt bekymrede og oprigtigt ulykkelige over denne udvikling. For hvis vi ikke kan fastholde læger som Anders i almen praksis på Lolland og de yngre almen medicinere ikke tør komme fordi de frygter vedtagelsen af dette lovforslag, er vi på vej i den helt forkerte retning!

Jeg opfordrer derfor meget stærkt til:

- at lovforslaget tydeligt forpligter til faglig inddragelse af DSAM, KIAP og andre relevante aktører i udformningen af opgavebeskrivelsen og basisfunktionen

- at regionernes styringsret ikke misbruges til at favorisere egne klinikker på bekostning af frie praksis, vi er nødt til at sikre lige vilkår for alle
 - at vi prioriterer faglig kvalitet, kontinuitet og patientnærhed frem for administrativ kontrol og kortsigtede lappeløsninger
-

Jeg indsender dette høringssvar som praktiserende læge med 8 års erfaring i almen praksis på Lolland, med dybtgående kendskab til lokalområdets udfordringer og ressourcer.

Hvis dette lovforslag vedtages i sin nuværende ordlyd, frygter jeg at vi om kort tid vil se endnu færre familielæger, mens patientlisten vokser og vokser hos de tilbageværende. Vi der bliver tilbage, vil blive tvunget til at håndtere stadigt flere alvorligt syge og multisyge borgere på stadigt kortere tid, fordi vi ligesom andre mennesker har brug for søvn og hvile. Kontakterne bliver derfor kort, overfladisk og præget af frustration – for både patient og læge.

Regionerne vil måske fremvise pæne statistikker om ”fuld dækning” via vikarer eller regionsansatte læger på korte kontrakter, men bag tallene vil der gemme sig en roterende dør af midlertidige læger uden lokalkendskab eller kendskab til den enkelte. Kontinuiteten – som er helt afgørende for kvalitet i almen praksis – vil smuldre. Patienterne vil opleve at skulle forklare deres livshistorie igen og igen.

De tungeste patienter – de multisyge ældre, de socialt sårbare, dem uden bil, smartphone eller stærkt netværk – vil blive de største tabere. De vil glide længere væk fra hjælp, vente længere på svar, og i værste fald give op og dukke op på hospitalernes akutmodtagelser i stedet.

For vores område vil det betyde en stille afvikling af den lokale lægedækning, som vi kender den. Vi risikerer at efterlade hele Lolland og Falster med et lappeløst, opkørt og fragmenteret lægetilbud, hvor de praktiserende læger, der brænder for faget, langsomt brænder ud. Er det virkelig sådan et sundhedsvæsen vi ønsker – og sådan et Danmark vi vil have?

Jeg håber inderligt, at I forstår alvoren og vælger en anden vej. For hvis vi ikke handler klogt nu, kan skaden om få år vise sig at være uoprettelig

Med venlig hilsen

Christina Svanholm

Praktiserende læge, Nysted og Sakskøbing Lægehus
Lolland

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Annika Bonde (annb@sum.dk), Gro Kari Holen (GKH@SUM.DK)
Fra: Frederik Tebering (tebering@gmail.com)
Titel: høringssvar til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud
Sendt: 18-08-2025 10:21

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til rette vedkommende i sundhedsministeriet.

Jeg ønsker hermed at udtrykke min klare modstand mod de foreslåede ændringer i det almenmedicinske tilbud.

Lovforslagets ændringer vil efter min vurdering have alvorlige konsekvenser for almen praksis og dermed for patienterne – særligt de svageste grupper, der i forvejen har vanskeligt ved at navigere i sundhedsvæsenet. Forslaget vil medføre en betydelig forringelse af mulighederne for og lysten til at drive en praksis, både økonomisk og fagligt.

Som klinikejer har jeg gennem årene foretaget store investeringer i både personale og faciliteter, netop med henblik på at levere tilgængelig, sammenhængende og høj kvalitet i behandlingen. På mindre end 5 år har jeg opbygget en klinik der kan varetage behandlingen af mindst 12.000 patienter. I 2021 havde jeg 0 patienter tilknyttet, aktuelt har jeg 9400 patienter tilknyttet min klinik.

De rammer, som lovforslaget opstiller, gør det imidlertid umuligt at opretholde en forsvarlig drift med risiko for pålagte ændringer. Det vil i praksis betyde, at jeg må overveje at trække mig fra det offentlige system og i stedet gå fuldt privat.

Jeg finder det dybt bekymrende, at en lovgivning, som påstås at skulle styrke sundhedsvæsenet, i realiteten risikerer at svække tilgængeligheden og skabe større ulighed i sundhed. Patienterne fortjener et system, hvor kontinuitet og faglighed er i centrum – ikke et system, der presser praktiserende læger ud af den offentlige ramme.

Jeg skal derfor kraftigt opfordre til, at lovforslaget trækkes tilbage eller revideres grundlæggende, så almen praksis fortsat kan drives under ordentlige rammer til gavn for alle patienter.

Jeg inviterer hermed sundhedsministeren ud i min klinik, så vi kan drøfte det nærmere og sammen sikre at der også fremadrettet er et godt almen medicinsk tilbud til alle patienter.

--

Bedste hilsner

Frederik Tebering
Speciallæge i Almen Medicin
Tlf.: [+45 7060 2027](tel:+4570602027)
Email: ft@2100tidsammedag.dk

2100 Tid Samme Dag
Vordingborggade 18, 3.
2100 Kbh Ø
www.2100TidSammeDag.dk

Høringssvar til udkast til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Som praktiserende læger har vi en naturlig interesse i, hvordan og på hvilke vilkår vi skal arbejde. I vores lægehus i Vejle har vi udarbejdet dette høringssvar. Vi har en bred og lang baggrund i almen praksissektoren, og så har den ene af os bl.a. en ph.d. i ledelse og organisering i almen praksis, og så har vi begge to i en årrække beskæftiget os med at benytte og afprøve de nye former for lovgivning, der er vedtaget i forbindelse med sikring af lægedækning.

Vi er menige medlemmer af PLO (Praktiserende Lægers Organisation). PLO varetager som bekendt de praktiserende lægers faglige og økonomiske interesser og forhandler overenskomster og aftaler på deres vegne og de repræsenterer de praktiserende læger i forhold til regionerne og det offentlige. Derudover samarbejder PLO-R (regionalt PLO) med regionerne om lokale aftaler og PLO-K (kommunalt PLO) repræsenterer de praktiserende læger i kommunerne og indgår i samarbejde med kommunerne om sundhedsindsatser. PLO varetager desuden de praktiserende lægers interesser i politiske og administrative fora, herunder i forhold til sundhedsloven og praksisplaner og sikrer efteruddannelsen.

PLO arbejder således for at fremme faglig udvikling og kvalitet i almen praksis og yder rådgivning og vejledning til praktiserende læger om faglige og økonomiske spørgsmål. Dette inkluderer IT-sikkerhed og patientrettigheder, som også er i det offentliges - herunder regionernes - interesse. PLO følger udviklingen inden for digitalisering af sundhedsvæsenet og arbejder for at sikre, at de praktiserende læger er godt rustet til at håndtere digitale løsninger. En opgave som er tæt koordineret med det offentlige sundhedsvæsen. Specielt i coronatiden så vi en enorm fleksibilitet og handlekraft fra PLO samt smidighed og effektivitet med iværksættelse af nye og alternative måder at håndtere situationen på.

Vi anser derfor PLO som en vigtig aktør i det danske sundhedsvæsen, der varetager ikke kun de praktiserende lægers interesser men også det offentlige sundhedsvæsens interesse og bidrager til at sikre en velfungerende almen praksissektor i koordinering med de øvrige offentlige sundhedstilbud på et fagligt grundlag.

Vores høringssvar på de næste sider er baseret på disse baggrunde.

Med venlig hilsen

Inger Ahnfeldt-Møllerup, praktiserende læge

Peder Ahnfeldt-Møllerup, praktiserende læge og ph.d.

Lægehuset Vejle, 7100, Vejle

§ 57 l - Nationalt fastsat opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud

Almen praksissektoren er en del af praksissektoren og også en del af det offentlige sundhedstilbud. Størstedelen af funktionerne varetages af de praktiserende læger, og en mindre del af regioner eller private aktører, hvoraf de sidstnævnte ikke er ejet og direkte lægeligt ledet af speciallæger i almen medicin. Dog udgøres den lægefaglige kompetence af speciallæger i almen medicin.

Opgaverne i almen praksissektoren skal naturligvis passes ind i det samarbejdende sundhedsvæsen, og det er klart, at der er brug for en beskrivelse af hvilke opgaver, der skal varetages, så det øvrige sundhedsvæsen ved, hvad de kan forvente – specielt regionerne, hvis ansvar det er at sikre dette.

Aktuel gældende lovgivning har ikke en generel hjemmel til national fastlæggelse eller styring af krav og opgaver i det almenmedicinske tilbud eller bestemmelser, som giver indenrigs- og sundhedsministeren eller nationale sundhedsmyndigheder kompetence til at fastlægge krav og opgaver i det almenmedicinske tilbud. Hvorfor der skulle være et behov for at nationale myndigheder og landspolitikere skulle have sådan en hjemmel angives eller begrundes ikke i høringsmaterialet. Til gengæld eksisterer der allerede i gældende lovgivning hjemmel til at sikre tilrettelæggelsen af sundhedstilbud i regionerne, som samtidig har det rette ansvar for opgaven.

Ved den foreslåede lovændring, så indskrænkes regionerne og de praktiserende lægers muligheder for at indgå potentielle konstruktive overenskomster og aftaler. Dette både såvel regioner som de praktiserende læger forpligtes i h.h.t. det den nationale opgavebeskrivelse, og at det bl.a. da det angives i sundhedslovens § 227, stk. 1, at vilkår, der er fastsat ved lov, ikke kan fraviges ved overenskomster indgået med organisationer af sundhedspersoner repræsenterende almen praksis.

Spørgsmålet i denne høring baseres på er hvorvidt Sundhedsstyrelsen samt Regionsrådene (hvis opgave det skulle blive at definere og tilrettelægge opgaven) vil være i stand til at definere almen praksissektorens funktioner i forhold til en ”mere ensartet, høj kvalitet på tværs af tilbuddet uanset klinikform og geografisk placering”?

Opgavebeskrivelsen skal gøre det klart, hvad det samlede almenmedicinske tilbud skal levere ved at fastlægge en faglig beskrivelse af funktioner, opgaver, kompetencer og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen samt længere og mere fleksible åbningstider og øget tilgængelighed i det almenmedicinske tilbud. Noget som alle klinikker som udgangspunkt skal leve op til. Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil således udgøres af en myndighedsrettet del, opgavebeskrivelsen, og en klinikrettet del, basisfunktionen.

Den nationale opgavebeskrivelse vil være det centrale styrings- og udviklingsredskab i fastlæggelsen af opgaver og krav til den samlede almenmedicinske ydelse, som regionerne som ansvarlig myndighed vil skulle tilvejebringe. Mens basisfunktionen vil være det centrale styrings- og udviklingsredskab i fastlæggelsen af opgaver og krav til klinikker i det almenmedicinske tilbud, som klinikkerne vil skulle efterleve.

Det fremgår af høringsmaterialet, at der skal foreslås regler i lovgivningen, der skal sikre regionerne den adgang til data, som forudsættes nødvendig for at løfte og understøtte en udvidet opgave, herunder den faglige og ledelsesmæssige opgave for det almenmedicinske tilbud i regionsrådene. Det

kunne bl.a. omfatte data om aktivitet og kvalitet på klinikniveau, oplysninger om virksomhedskonstruktion, bemanning og organisering af de enkelte klinikker m.v., ligesom det kunne være indblik i regnskaber m.v.

Der er imidlertid stor forskel på de enkelte praksis, herunder lokaleforhold, personale og apparatur, og hvor disse er placeret i forhold til sundhedsvæsenets øvrige tilbud. Derudover er der også forskel på de enkelte læger, samt patienternes demografi, hvorfor en national beskrivelse kan være vanskelig, og måske endda virke mod hensigten.

Man skal huske på, at der er stor forskel på, om man er læge i midten af København i små lokaler uden handicapvenlig adgang og med begrænsede muligheder for at udvide, eller om man er læge i en større praksis med flere lokaler og mere personale. Der er forskel på om man har mange unge, studerende og børn i sin praksis, eller om man har mange ældre, multimorbide. Der er også forskel på at have praksis i storbyen i forhold til i de mindre byer, eller på landet, eller for den sags skyld på de ikke brofaste øer. Der er også forskel på, om de enkelte praktiserende læger vil kunne løfte en opgave med længere og mere fleksible åbningstider og øget tilgængelighed, indretning af lokaler samt anvendelse af omkostningstung teknologi, såfremt disse vil blive dikteret nationalt fra. Dertil skal det påpeges, at det ikke giver meget mening, at de praktiserende læger på den ene side dikteres opgaver, og på den anden side forventes at skulle indgå overenskomster/aftaler om de selvsamme funktioner.

Det er ofte de enkelte praktiserende læger, der kender deres patienter, som kan afgøre, hvilken service patienterne har brug for, og som de så kan få i den enkelte praksis, eller henvises til rette sted. En national mere ensrettet beskrivelse af basisfunktionen kan risikere at blive en rigid faktor, som begrænser den service, man som patient måtte forvente – dette bl.a. fordi den enkelte læge kan forpligtes til at udføre nye opgaver, som tager læges tid og ressourcer, og som i mindre grad afspejler det behov, som de enkelte patienter måtte have. Alternativet vil være en så vag formulering af basisfunktionen, at beskrivelsen vil være overflødig og kun opfattes som endnu en administrativ og bureaukratisk opgave, som man forpligtes til at skulle forholde sig til.

Set fra de praktiserende læges vinkel, så kan angivelsen af en basisfunktion helt simplificeret ses på to overordnede måder:

1: De praktiserende læger skal være en del af det samlede sundhedsvæsen, og udføre de opgaver, der er brug for, som koordineres med det øvrige sundhedsvæsen – altså på lige fod, som var man reelt offentligt ansat. Denne opfattelse kan have den fordel, at der er en styring og koordinering, som giver mening både fagligt og administrativt, men ved en national styring og diktering af vilkår, vil der ikke være tale om en koordinering men de relevante aktører (de praktiserende læger), hvilket vil skabe utilfredshed, nedsat engagement og i sidste ende ringere service. Nøgleordet i denne henseende er ”Koordinering”, hvilket i en demokratisk kontekst vil sige i samarbejde og i overenskomst med begge parter.

2: De praktiserende læger skal opfattes som private aktører, som kan byde ind på opgaver, som de mener at kunne varetage, og som der kan indgås aftaler om. Øvrige opgaver, som regionerne får bud på at løse, og hvor der ikke kan indgås en aftale om med PLO eller de praktiserende læger, må således løses i andet regi, hvilket vil lægge en enormt pres på regionerne. De almen medicinske ressourcer er i

forvejen begrænsede, og der er rigelig med muligheder for de nuværende praktiserende læger for at udføre opgaver, som ligger uden for det offentlige sundhedstilbud.

Med den foreslåede lovændring med indførelse af en national dikteret basisfunktion, som på samme tid forpligter de praktiserende læger direkte udenom regionerne, så synes det som at man ønsker at opfatte de praktiserende læger på begge af ovenstående måder – og dermed kommer lovforslaget til at fremstå som om man ønsker at blæse og have mel i munden på samme tid.

En eventuel ”basisfunktion” for almen praksissektoren mener vi burde være tilpas dækkende for de opgaver, der i forvejen udføres, men der skal også være plads til lokale variationer, hvor de praktiserende læger både individuelt og som samlet gruppe kan eksistere og fungere optimalt. Der skal tages højde for, at de enkelte praktiserende læger har forskellige kompetencer, som i høj grad afspejler de patienter de har. Et krav fra myndighedernes side om, at nogle læger skal udføre opgaver, som de enkelte læger ikke har kompetencer til og vil have svært ved at tilegne sig, vil naturligvis forringe servicen. De enkelte læger kan måske have et ansvar, men bør også i højere grad have mulighed for at hjælpe og henvise til hinanden, men det kræver en dialog og koordinering, som der i dette lovforslag ikke lægges op til.

Den ønskede mulighed for detailstyring med at sikre regionerne adgang til data om aktivitet og kvalitet på klinisk niveau, oplysninger om virksomhedskonstruktion, bemanning og organisering af de enkelte klinikker, samt indblik i regnskaber m.v. synes at være en ret indgribende mulighed, som ikke ligefrem fordrer tillid eller samarbejde mellem de praktiserende læger, som selvstændige erhvervsdrivende og det offentlige.

Krav i basisfunktionen om øget tilgængelighed og udvidede åbningstider er også et topstyret diktat, som kan have negative konsekvenser for både de praktiserende læger og den samlede service – specielt, når dette fastsættes ved lov, og at regionerne får sanktionsmuligheder, hvis den enkelte klinik ikke lever op til dette. Øget tilgængelighed og udvidede åbningstider er primært for at forbedre servicen for mere raske og funktionsdygtige patienter, som søger bekvemmelighed fremfor faglighed. Det vil alt andet lige tage ressourcer fra de mest syge og komplicerede patienter, der har mest brug for lægefaglig service.

Med selve opgavebeskrivelsen fastlægges en basisfunktion, som omfatter en faglig beskrivelse af de funktioner, opgaver, kompetencer, fx kontinuitet, generalistkompetence, lokal forankring, tovholderfunktion og samarbejde, som alle klinikker uanset leverandørform i udgangspunktet skal leve op til. Dette kan risikere også at indebære, at der fastsættes krav om at de praktiserende læger har pligt til at udskrive visse former for lægemidler, som ønskes varetaget i almen praksissektoren, og hvor nogle af disse kan være enten kontroversielle, eller kræve særlige kompetencer, som ikke alle praktiserende læger nødvendigvis besidder. At indføre et sådan krav ved lov uden at tage højde for individuelle forskelle og kompetencer er ikke konstruktiv. Der bør i den anledning være mulighed for, at de enkelte praktiserende læger kan frasige enkelte opgaver mod at der indføres mulighed for at andre kan varetage disse opgaver i stedet, hvilket kunne ske via lokale aftaler el.lign.

NB: Lovændringen vil i vores optik med fordel kunne placeres i §57 c som pkt 3, 4 og 5. Dette da §57 c i forvejen beskriver obligatoriske opgaver m.v. for den praktiserende læger i stedet for at placere paragraffen efter beskrivelse vedrørende tandlæger.

NB: Lovteksten er uklar i forhold til høringsmaterialet. I lovteksten angives "opgavebeskrivelse med en basisfunktion for det almenmedicinske tilbud", men der i høringsmaterialet angives "Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, altså to forskellige ting: en myndighedsrettet del og en klinikrettet del. Regionsrådet og klinikken forpligtes til at efterleve kravene, men det frem går ikke af lovteksten, hvorvidt begge parter forpligtes til begge dele, eller om der er tale om, at klinikkerne forpligtes til basisfunktionen og regionen til at sikre begge dele. Dette bør være helt klart i lovteksten.

Aftale om vilkår for alment praktiserende læger

§ 155, § 175 og §227 Vedrørende forslag til ændring af ”forhandlingsudvalg” til ”nævn”, ”overenskomst” til ”aftale” samt ”almen praksis (-sektor)” til ”det almen medicinske tilbud”

Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser går på at indføre et mere smidigt og styrbart system, da udviklingen i almen praksis foregår i et tempo, hvor nuværende aftale struktur ikke har kunnet understøtte den ønskede udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet. Samtidig står sundhedsvæsenet over for en stadig større udfordring, hvor flere komplekse og sårbare patientgrupper stiller krav til et mere smidigt og styrbart system. Det mener Indenrigs- og Sundhedsministeriets afføder et behov for at indføre en justeret aftalekonstruktion for det almenmedicinske tilbud, hvor opgaverne fastlægges på en ny måde, og hvor øvrige krav til det almenmedicinske tilbud ikke automatisk forudsætter forhandlinger mellem parterne, altså mulighed for at pålægge nye og andre opgaver til de alment praktiserende læger uden forudgående forhandling. Som angivet i høringsmaterialet vil dette ”være et væsentligt ændret aftalegrundlag, og formålet med kommende aftaler mellem parterne vil adskille sig markant fra det nuværende overenskomstsysteem.” Det foreslås således, at det fastsættes ved lov, at det stort set kun er de økonomiske vilkår for praktiserende læger, der aftales i en central aftale mellem regionerne og praktiserende læger (og i kontrakter mellem regionen og leverandører for udbudsklinikker). Der åbnes med ændringen op for mere lokale aftaler, som dog kan være konstruktive for almen praksissektoren.

At der er brug for mere smidighed og fleksibilitet i almen praksissektoren kan nok være ønskeligt, men at en national styring skulle fordre dette, har vi endnu til gode at erfare. Vi har i Danmark nok verdens bedste almen praksissektor, vi vil påstå, at det blandt andet skyldes et stort engagement og indsats fra både PLO samt flere praktiserende læger – herunder indgåelse af konstruktive overenskomster på et fagligt grundlag, men samtidig med forståelse for de politiske ønsker. Hvorfor man fra via dette lovforslag ønsker at ændre dette kan vi undre os over. Desuden har PLO og de praktiserende læger som også angivet i indledningen vist sig omstillingsparate og fleksible og selv æret med til at løse problemstillinger i f.eks. coronatiden.

Det angives i høringsmaterialet, at det er centralt, at en ny, smal aftale for det almenmedicinske tilbud er fleksibel således, at nye eller ændrede opgaver og justeringer i basisfunktionen eller øvrige krav, som udgangspunkt ikke automatisk forudsætter en genforhandling af de økonomiske vilkår, medmindre der er tale om væsentlige forhold. Hvad der menes med ”væsentlige forhold” er ikke defineret yderligere, og der vil med sikkerhed være stor forskel på, om en opgave, som lægges fra sygehusene ud til de praktiserende opfattes som en væsentlig opgave eller ej, ligesom der forventeligt også vil være forskel på, hvorvidt flere små ekstraopgaver opfattes som ”væsentlige forhold” eller ej.

1: Vedrørende ændring af ”forhandlingsudvalg” til ”nævn”, så er der tilsyneladende tale om en ren sproglig ændring, som ikke har konsekvens for hverken de praktiserende læger eller det offentlige.

2: Vedrørende ændring af ”overenskomst” til ”aftale”, så synes det som om, at der primært er tale om en politisk afmærkning med det ovenfor angivne ønske om øget centralisering og offentlig styring af

almen praksissektoren. Dette samtidig med at de praktiserende læger og deres faglige organisation, Praktiserende Lægers Organisation i højere grad sættes udenfor indflydelse på egen drift og vilkår.

I Danmark er overenskomster en vigtig del af Den Danske Model. I Den Danske Model sikres, at løn- og arbejdsvilkår er aftalt kollektivt og gensidigt. Altså at de ikke kun baseret på mere løse aftaler, som kan variere afhængigt af hvem og hvor det offentlige vil indgå aftale med - eller som her er kommet via et lovkrav. At gå væk fra, at arbejdsmarkedet skal varetages af arbejdsmarkedets parter og i stedet styres centralt fra virker udansk og udemokratisk.

3: Vedrørende ændring af "almen praksis (-sektor)" til "det almen medicinske tilbud", så synes denne ændring uhensigtsmæssig. For umiddelbart lader der til at være tale om samme tilbud uanset, hvad man måtte kalde sektoren. At ændre betegnelsen vil dog gøre det sværere at forstå, hvad der menes, når man vil anvende "det almen medicinske tilbud", som ikke er beskrevet eller defineret. Det er muligt, at betegnelsen har givet mening, da der skulle beskrives en reform, men i den kliniske hverdag synes navneændringen redundant. I international/engelsk litteratur angives sektoren som "general practice" – dette uanset, om der er tale om selvstændige erhvervsdrivende praktiserende læger, offentlige klinikker, noget helt tredje eller en kombination heraf. Almen praksis er en del af praksissektoren, og udgøres ikke kun af selvstændige praktiserende læger, men også af, regionsklinikker og udbudsklinikker. At opdele almen praksis sektoren i "os", "dem", og "de andre" virker ikke ligefrem inkluderende, og at adskille almen praksis fra de øvrige tilbud i praksissektoren virker som et signal om, at der i stedet er tale om et usammenhængende tilbud, som samtidig er opdelt og et løst appendiks til det øvrige offentlige sundhedsvæsen. Selve praksissektoren inkluderer desuden også speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, fodterapeuter, tandplejere og tandlæger.

Omstrukturering af almen praksissektoren jvf. §227

»§ 227 a. Det nævn, der er nedsat i henhold til § 37, stk. 2, i regionsloven indgår aftale med en organisation som repræsenterer alment praktiserende læger om vilkår for de i §§ 50 og 60 nævnte ydelser for det almenmedicinske tilbud. Stk. 2. Regionsrådet kan indgå lokale aftaler med almenmedicinske tilbud, herunder udbudsklinikker etableret efter § 227 b, stk. 3.

Aftalen som indgås efter den nye § 227 a, stk. 1, vil kollektivt forpligte og omfatte de praktiserende læger, der ejer et ydernummer, mens vilkår for udbudsklinikker etableret efter § 227 b, stk. 3, vil skulle aftales i kontrakter mellem regionsrådet og den pågældende leverandør.

§227b Stk. 4. Udbud efter stk. 3 skal foregå på åbne, objektive og ikke-diskriminerende vilkår og skal tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning. Regionsrådet skal ved udbud lægge vægt på kvalitet i tilbuddene.

Det er fint, at regionen ikke kun skal lægge vægt på de økonomiske vilkår, men også inddrage andre faktorer.

At udbud skal sammenlignes med et offentlig tilbud (og ikke i forhold til overenskomst med de praktiserende læger) viser, at det er kendt, at der er forskel på pris mellem disse praksisformer. Det er desuden næppe hensigtsmæssigt at etablere tidsubegrænsede alternative praksisformer uden, at der tages forbehold for, at disse på et tidspunkt kan overdrages til en speciallæge i almen medicin og drives på samme vilkår, som landets øvrige praktiserende læger.

§227 b, Stk. 5. Regionsrådet kan etablere og drive en klinik, som leverer almen- medicinske ydelser, jf. § 60, stk. 1 og 2. Personer i sygesikringsgruppe 1 kan, jf. § 59, vælge de almenmedicinske tilbud, der er drevet af regionsrådet.

Dette betyder, at der vil være en væsentlig forskelsbehandling mellem de traditionelle praktiserende læger og udbudsklinikker. Hidtil har regionsklinikker og udbudsklinikker været med til at løse lokale lægedækningsproblematikker, men med dette lovforslag, så lægges der op til, at der ikke længere nødvendigvis er tale om nødløsninger, men kan være permanente tilbud. At der således ved lov fastsættes en forskelsbehandling vil utvivlsomt være med til at skabe mistillid fra de praktiserende læger, deres faglige organisation mod det offentlige. En mistillid, som kan gøre det vanskeligere at indgå konstruktive aftaler, hvilket i sidste ende vil risikere at gå ud over patienterne. Dette ses f.eks. i rapport fra BDO, som viser at regionsklinikker og udbudsklinikker er dyrere i drift, henviser flere patienter til det sekundærsektoren og er kendetegnet ved lavere relationel kontinuitet.

Man kan også se, at regionsklinikker aktuelt tilbyder visse steder lønninger til speciallæger i almen medicin til deres regionsklinikker, som i visse tilfælde ligger på 7.000kr om dagen. Dette er langt mere, end en praktiserende læge, som arbejder under overenskomsten, kan tilbyde en ansat læge. Regionerne har tilsyneladende et helt andet budget for disse klinikformer, som skævvrider sektoren og skaber en skæv og unfair konkurrence.

§227b. Stk. 2. Regionsrådet kan i perioden fra den 1. juli 2023 til og med den 30. juni 2033 indgå aftaler, der supplerer aftaler indgået efter § 227 a, stk. 1, med indehaveren af et ydernummer i

områder med lægemangel om et særligt vederlag af midlertidig karakter til kompensation for etablerings- eller praksispersonaleudgifter, som understøtter regionens forpligtelse til at yde behandling hos praktiserende læge efter § 60, jf. § 57.

Dette punkt er en til gengæld en væsentlig fornyelse, som sikrer bedre vilkår for praktiserende læger med et ydernummer, som ønsker at hjælpe til i områder og situationer, hvor gældende lovgivning ikke giver støtte til opstart eller etablering af en lægepraksis, hvorfor vi kun kan bifalde dette.

Vi vil anbefale, at man uændret fastholder, at regionsklinikker og udbudsklinikker er midlertidige tilbud, og at disse kan overdrages til en speciallæge i almen medicin, hvis denne viser at have interesse. Man kan som praktiserende læge være nødsaget til at acceptere uens vilkår i nødsituationer, men ikke som permanente løsninger.

Med hensyn til at sikre lægedækning i en periode, hvor der aktuelt er mangel på praktiserende læger, og hvor det kan være vanskeligt at rekruttere speciallæger til visse dele af landet, så kan det undre os, at der ikke lempes for krav til at arbejde i almen praksissektoren. I h.h.t. aktuelle overenskomst og lovgivning kan man kan varetage et ydernummer, hvis man er speciallæge i almen medicin og ellers kun have midlertidig ansættelse i almen praksis. Dette nedsætter muligheden for regioner og de praktiserende læger kan sikre lægedækning, og hvor der således kun kan etableres midlertidige ansættelser. Midlertidige ansættelser nedsætter kontinuiteten og gør det sværere at finde længerevarende tilbud. Derfor kunne en lempelse med mulighed for ansættelse af en ikke-speciallæger i et ydernummer være konstruktiv, hvor ansættelsen f.eks. godkendes af regionen. Altså lidt som vi har set i forbindelse med varetagelsen af 1813/natlægevagten/akutfunktioner, og ellers på samme måde, som aftalen om ansættelse af uddannelseslæger i fase 3 af deres hoveduddannelse til almen medicin, hvor disse kan udfylde et ydernummer. Sidstnævnte er desuden vist kun i et meget begrænset omfang benyttet – bl.a. grundet administrative og bureaukratiske forhindringer.

Lokale aftaler er på sin plads, som giver mulighed for at tilpasse almen praksissektoren ud fra lokale vilkår, og som ikke automatisk forpligter nødvendigvis alle praktiserende læger. Til gengæld vil der være nogle praktiserende læger, der kan føle sig udenfor, hvis de ikke er med i sådan en aftale, hvorfor lokalaftaler bør sende ud til områdets praktiserende læger, så alle kan byde ind, eller i det mindste få sagt deres mening.

Vedr. § 227, stk. 2-6, ophæves.

§277, stk 2-6, ophæves, og stk. 7-13 bliver herefter stk. 2-8.

- Der er i lovforslaget ikke angivet, hvad der skal ske med §227, stk. 14 og 15?

Differentieret basishonorar

Stk. 4. Dele af honoreringen efter stk. 3, skal differentieres med udgangspunkt i det behandlingsbehov på klinikniveau, som følger af den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, jf. § 206 b.

Ændring af honoreringen af de praktiserende læger er et velkomment forslag, som giver god mening – også i den kliniske hverdag. Det foreslås, at der i højere grad skal tages højde for, hvilke patienter den enkelte lægeklinik har, og hvilke behov for almenmedicinske ydelser patienter i denne kan have. Der er som sådan ikke uenighed om, at det giver mening, at man differentierer honoreringen af praktiserende læger i forhold til arbejdsbyrde og -belastning. Og det hænger også fint sammen visionen om at investere mere i almen praksissektoren med flere økonomiske ressourcer og flere praktiserende læger, hvor det er planen at de praktiserende læger på længere sigt skal have færre patienter og flere opgaver. Men når de økonomiske midler så skal aftales til brug for sektoren, så står den meget roste vision om at investere i og tilføre ekstra midler til almen praksissektoren i hård kontrast til, hvad i aktuelle lovforslag lader til at være en omfordeling af eksisterende midler i form af, hvad der måttes synes som en nul-sums løsning. Ca. halvdelen af de praktiserende læger skal op i honorering, mens den øvrige halvdel skal ned i honorering. Og ikke nok med, at en del læger skal ned i honorering, men de samme læger skal ifølge en anden nylig vedtaget lov også have en større arbejdsbyrde med flere patienter.

For at ændringen i honoreringen med et mere differentieret honorar til de praktiserende læger skal have en afgørende indflydelse på servicen i den samlede almen praksissektor, så er der nogle forudsætninger, som bør være på plads. For det første kræves et øget antal læger og for det andet, så forventes der en investering med tilførsel af flere økonomiske midler.

Det kan undre lidt, at det haster så meget for de folkevalgte at gennemføre et lovindgreb, når det er åbenlyst, at der ikke kommer flere praktiserende lige med det samme. Det vil tage flere år at der kommer en tilstrømning af læger til sektoren, og i vores optik synes det logisk, at man i stedet gennemfører en reform, herunder også et differentieret basishonorar, i samme takt, som sektoren udvikler sig.

Forhåndsgodkendelse af læger ved erhvervelse af et ydernummer

§227c. En speciallæge i almen medicin skal ved køb af et ydernummer ansøge om at blive forhåndsgodkendt af regionsrådet, som skal foretage en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen kan og vil efterleve gældende regler for almenmedicinske tilbud samt aftaler indgået efter § 227 a. Stk. 2. Det er ikke muligt for en speciallæge i almen medicin at eje et ydernummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik eller egne klinikker. Stk. 3. En speciallæge i almen medicin kan kun erhverve et ydernummer, hvis lægen over for regionsrådet kan fremvise en børneattest uden alvorlige anmærkninger af relevans for arbejdet i det almenmedicinske tilbud. Stk. 4. Regionsrådet skal træffe beslutning om en læges ansøgning efter stk. 1 hurtigst muligt og senest inden for 10 hverdage efter modtagelse af ansøgningen.«

Forhold vedrørende erhvervelse af et ydernummer er i forvejen aftalt i overenskomst med de praktiserende læger. Det har hidtil været en opgave for PLO at godkende handler, men denne opgave lægges nu over til regionerne. At den ophæves til lov, har mindre praktisk betydning, men vil betyde, at hver region nu skal etablere procedurer for godkendelse og salg af ydernumre, herunder have adgang til afgørelse i Landssamarbejdsudvalget. Loven skal naturligvis også angå salg/overdragelse af lægekapaciteter, og ikke kun hele ydernumre.

Med den nye lov skal speciallæger i almen medicin ”forhåndsgodkendes” før de kan overtage et ydernummer. Forhåndsgodkendelsen skal fremadrettet ikke længere baseres på et rent juridisk grundlag, men ud fra en politisk vurdering i det enkelte Regionsråd. Regionsrådet vil skulle vurdere, om det kan sandsynliggøres, at køber kan og vil efterleve gældende regler for almenmedicinske tilbud samt aftaler om vilkår for almenmedicinske tilbud. Dette evt. via Sundhedsrådene. Hvordan og på hvilke oplysninger de politisk valgte skal vurdere dette er ikke angivet, og det synes at kompromittere speciallægers retssikkerhed, hvis skæbne fremadrettet ligger hos politikere og ikke embedsfolk, hvoraf sidstnævnte arbejder ud fra objektive og formelle krav.

Hidtil har der været en regel blandt de praktiserende læger med en maksimumsgoodwill for salg af ydernumre, som har ligget på 136% af den gennemsnitlige årlige omsætning for det pågældende ydernummer eller lægekapacitet. En ordning, som har sikret, at priserne ikke stikker helt af. En lignende ordning/bestemmelse kan med fordel iværksættes, men her skal de enkelte regioner være enige. De senere år har der været et skred i goodwill, hvor bl.a. 0-ydernumre (ydernumre uden patienter tilknyttet og dermed heller ikke en forudgående omsætning) er solgt til relativt store beløb mellem praktiserende læger, mens også solgt fra regionen til speciallæger i almen medicin. En bedre og mere koordineret aftale synes at være påkrævet.

De praktiserende læger har hidtil betalt kontingent til PLO, som også dækker udgifter til funktioner, som er til gavn for almen praksissektoren og som i øvrigt også betales af praktiserende læger, der ikke er medlem af PLO. Dette kontingent er aftalt i *”Tillæg til landsoverenskomst om almen lægegerning – vedr. praktiserende læger uden medlemskab af Praktiserende Lægernes Organisation”*, og kontingentet bør således tilpasses, så de praktiserende læger ikke længere skal betale bl.a. for denne del af servicen.

Twistløsning i praksissektoren

§ 233 a. Praksisklagenævnet er en uafhængig klageinstans, som kan efterprøve administrative afgørelser truffet af regionsrådet i forhold til driften af almenmedicinske tilbud ved private erhvervsdrivende. Stk. 2. Praksisklagenævnet består af 1 formand og mindst 1 næstformand samt sagkyndige indstillet af regionerne og organisationen som repræsenterer alment praktiserende læger. Stk. 3. Praksisklagenævnets medlemmer udnævnes af indenrigs- og sundhedsministeren. Formanden og næstformanden skal være landsdommere eller dommere. Sagkyndige udnævnes efter indstilling fra regionerne og de almenmedicinske tilbud. Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om antallet af sagkyndige og deres udnævnelsesperiode samt om sekretariatsbetjeningen af Praksisklagenævnet.

I gældende overenskomst behandler Landssamarbejdsudvalget henvendelser om fortolkning af overenskomsten fra PLO-regionalt, regionerne, samarbejdsudvalgene samt andre, f.eks. centrale myndigheder. Der er tale om at de parter, der har indgået en aftale selv og efter et paritetisk princip fortolker de aftaler de har indgået. Fremadrettet tilsidesættes den ene forhandlingsparts mulighed for direkte at fortolke en problemstilling, mens regionerne får beføjelse til at diktere deres fortolkning af en problemstilling, herunder mulighed for ensidigt at sanktionere en praktiserende læge, herunder i sidste ende også at ophæve et samarbejde med denne (fratagelse af vedkommende ydernummer og dermed forsørgelsesgrundlag). Dette synes at være i strid med demokratiske værdier og angivelsen fra Sundhedsstrukturkommissionen om, at forholdet mellem den ansvarlige myndighed og de enkelte klinikker i det almen medicinske tilbud bør være baseret på gensidig tillid, dialog og samarbejde.

Vi bider mærke i, at aftalepartierne bag Aftale om Sundhedsreform 2024 generelt lægger stor vægt på, at arbejdet med implementeringen af reformen sker i tæt og konstruktiv dialog mellem parterne - og at der kun kan være grundlag for et lovindgreb, hvis der mod forventning ikke kan indgås en aftale.

At der så ligger et lovindgreb - førend der har vist sig at være et problem - er i strid med den foreliggende aftale.

Med venlig hilsen

Inger Ahnfeldt-Møllerup, praktiserende læge

Peder Ahnfeldt-Møllerup, praktiserende læge og ph.d.

Lægehuset Vejle, 7100, Vejle

Høringssvar

Udkast til lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud (ændring af sundhedsloven)

Dato: 20. juli 2025

Til: Folketingets Sundhedsudvalg / Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Afsender: Jan Hagen Bruun Clausen, Midtbylægerne, Tværgade 2, 2.tv, 8600 Silkeborg

Kort resumé

Regeringens lovudkast vil fundamentalt ændre rammerne for dansk almen praksis. Intentionerne – flere læger, stærkere nærsundhed, mere ensartet kvalitet – deles bredt. Men i den foreliggende form risikerer lovforslaget at svække netop de forhold, der gør den danske model så velfungerende: den selvstændige, lokalt forankrede praktiserende læge med langvarig patientrelation.

Kerneproblemer:

- Opgaver og driftskrav kan fremover fastsættes centralt (national opgavebeskrivelse og basisfunktion, § 57 l) uden reel forhandling.
- Aftalen under § 227 a indsnævres primært til økonomi; lægernes indflydelse på arbejdets indhold reduceres markant.
- Regionerne får udvidet adgang til udbuds- og regionsklinikker (§ 227 b), hvilket kan udhule modellen med egen læge og reducere kontinuitet.
- Forhåndsgodkendelse ved praksiskøb (§ 227 c) kan blive en barriere for generationsskifte og hæmme rekruttering.
- Sanktionstrappe og øget tilsyn (§ 276 a-b) skaber usikkerhed for selvstændige klinikejere.
- Kombinationen af differentieret honorar, eksisterende omsætningslofter og nye udefrakommende opgaver kan gøre praksisøkonomi uforudsigelig.

Konsekvens:

- Risiko for lavere rekruttering, tidligere pensioneringer, flere regionsklinikker, længere ventetider og mindre kontinuitet for patienterne.
- De politiske mål om 5.000 praktiserende læger i 2035 bringes i fare.

Anbefaling i hovedtræk:

- Bevar og udvikl den danske model med selvstændige praktiserende læger.
- Skriv samarbejde, ikke ensidig styring, ind i loven.
- Gør rekruttering lettere og mere attraktiv.
- Begræns regionsklinikker til nødtilfælde.
- Sikr patienternes ret til fast læge.
- Indfør evalueringspligt og økonomisk følgeskab til nye opgaver.

1. Indledning og metode

Dette høringssvar vedrører udkastet til lov om ændring af sundhedsloven om ny organisering af det almenmedicinske tilbud (udkast 01.07.2025). Lovforslaget indfører bl.a.:

- National opgavebeskrivelse og basisfunktion for almenmedicinske tilbud (§ 57 l).
- Ny central aftale om vilkår for alment praktiserende læger (§ 227 a).
- Differentieret honorarstruktur knyttet til patienttyngde (§ 227 a, stk. 3-4).
- Udvidet regional adgang til opkøb, udbud og drift af klinikker (§ 227 b).
- Forhåndsgodkendelse ved erhvervelse af ydernummer (§ 227 c).
- Opfølgning, sanktioner og praksisklagenævn (§§ 233 a ff. og § 276 a-c).

Analysen bygger på: gennemgang af lovudkastets bestemmelser og bemærkninger; gældende ret og centrale elementer i Overenskomst om almen praksis (PLO-RLTN); kendte strukturelle nøgletal for almen praksis (kapacitet, omsætningsstyring, normtal); erfaringer fra praksisfeltet; sammenlignende input fra andre nordiske lande. Fokus er på konsekvenser – særligt utilsigtede – og på konstruktive lovtekniske forbedringer.

2. Kort overblik: Hvad ændrer lovforslaget?

Område	Gældende hovedprincip	Foreslået ændring	Mulig konsekvens
Fastlæggelse af opgaver	Overvejende aftalebaseret via overenskomst	National opgavebeskrivelse fastsat af myndighed (§ 57 l)	Mindre indflydelse for læger; risiko for mismatch mellem krav og kapacitet
Central aftale	Overenskomst regulerer opgaver og økonomi	Ny aftale primært om økonomi (§ 227 a)	Opgaver kan udvides uden fuld forhandling
Honorar	Kapitation + ydeshonorar + økonomirammer/loft	Differentieret efter behandlingsbehov (§ 227 a, stk. 3-4)	Mere retfærdig fordeling mulig, men stor kompleksitet og økonomisk usikkerhed
Klinikejerskab	Fri handel mellem speciallæger (under regler)	Region kan opkøbe/sælge; udbud/regionsklinikker (§ 227 b)	Flere koncern/offentlige klinikker; svagere kontinuitet
Praksiskøb	Frivillig handel + godkendelsesprocedurer	Obligatorisk forhåndsgodkendelse (§ 227 c)	Barrierer for unge læger; forsinkede generationsskifter
Tilsyn & sanktion	Overenskomstbaserede procedurer	Lovfæstet sanktionstrappe (§ 276 b); praksisklagenævn (§ 233 a)	Øget retssikkerhed på papiret – men også højere usikkerhed og adm. byrde

3. Konsekvenser for alment praktiserende læger

3.1 Tab af faglig og driftsmæssig indflydelse

Når opgaver, funktioner, tilgængelighedskrav og samarbejdsforpligtelser fremover fastsættes nationalt (§ 57 I), glider store dele af det, der i dag forhandles mellem PLO og regionerne, over til myndighedsregulering. Den nye centrale aftale (§ 227 a) beskrives i bemærkningerne som fokuseret på økonomi; andre elementer kan bestemmes uden enighed. Det ændrer den grundlæggende kontraktrelation, hvor læger som selvstændige hidtil har kunnet sige ja til nye opgaver mod finansiering og tidsplan. Opgaver kan nu pålægges. Det reducerer handlefrihed, innovationskraft og oplevet ejerskab.

3.2 Økonomisk usikkerhed under omsætningsloft og differentieret honorar

Den nuværende overenskomst rummer økonomiske styringsmekanismer, herunder et omsætningsloft/højestegrænse (regulering ved relativ høj udgift pr. patient). Samtidig foreslås en honorarstruktur, der skal variere efter patienttyngde (§ 227 a, stk. 3-4). Intentionen er god – at kompensere for syge patientpopulationer – men kombinationen med eksisterende loftsmekanismer og en samlet national økonomiramme kan skabe uforudsigelig praksisøkonomi. Klinikker kan opleve svingende indtægter årsvis, hvilket hæmmer investeringer i personale, it, lokaler og kvalitetsudvikling. Usikkerhed øger risikoen for, at ældre læger sælger tidligere og at yngre tøver med at købe.

3.3 Administrativ byrde og kontrol

Lovudkastets bemærkninger lægger op til øget dataadgang for regionerne (aktivitet, kvalitet, bemanding, virksomhedskonstruktion) og en struktureret opfølgning på basisfunktionens krav (§ 276 a). Selvstændige klinikejere skal dermed levere flere data, dokumentere efterlevelse og håndtere tilsyn. I store klinikker kan administrative opgaver fordeles; i små praksis bliver byrden relativt større. Når nye opgaver flyttes fra sygehusene, vil både klinisk og administrativ belastning stige – uden garanti for tilsvarende finansiering.

3.4 Forhåndsgodkendelse ved praksisovertagelse

Efter § 227 c skal en speciallæge, der vil købe et ydernummer, forhåndsgodkendes af regionsrådet. Lægen skal have hovedbeskæftigelse i klinikken; der stilles også formelle krav (bl.a. dokumentation/børneattest). Intentionen er kvalitetssikring og at undgå rene investorejede klinikker. I praksis kan dette blive en barriere for glidende generationsskifte: usikkerhed om godkendelse, tidsforsinkelse, usikker finansiering. Lovudkastet åbner samtidig for, at en læge kan eje op til tre ydernumre (§ 227 b, stk. 1), hvilket kan føre til koncentration i kæder – et paradoks i forhold til ønsket om lokal forankring.

Reglerne bør præciseres, så de reelt støtter snarere end hæmmer klinikoverdragelser.

3.5 Sanktionstrappe og retlig risiko

Regionen får hjemmel til en sanktionstrappe ved manglende efterlevelse af nationale krav eller aftaler (§ 276 b): henstilling, påbud, tilbagebetaling, midlertidig suspension, permanent ophør, samt midlertidig/permanent udelukkelse fra ansættelse i regionale/udbudsklinikker. Sanktioner kan være nødvendige ved alvorlige brud, men når kravene samtidig udvides betydeligt og fastsættes centralt, øges usikkerheden for klinikejeren. Mindre formaliafejl kan potentielt udløse økonomiske konsekvenser. Praksisklagenævnet (§ 233 a ff.) giver retssikkerhed, men selve konfliktniveauet vil vokse, hvis kravene opleves urealistiske.

3.6 Rekruttering og fastholdelse

Det politiske mål er at øge antallet af praktiserende læger fra ca. 3.500 til mindst 5.000 i 2035. Derfor er rekruttering altoverskyggende. Yngre læger vælger almen medicin bl.a. på grund af muligheden for at drive en selvstændig klinik med indflydelse på arbejdsliv og faglig profil. Hvis lovrammen signalerer topstyring, uforudsigelig økonomi, kontrol og sanktioner, falder attraktiviteten. Samtidig vil en del af den nuværende lægepopulation overveje at gå på pension tidligere, hvis de ikke ønsker at drive klinik under væsentligt ændrede vilkår. Summen af disse effekter kan gøre målet om 5.000 læger uopnåeligt.

4. Konsekvenser for patienter

4.1 Adgang til egen læge

Sundhedslovens gældende § 59 bygger på valg af egen læge. Det er et bærende element i borgernes tryghed og i sundhedsvæsenets sammenhæng. Hvis rekrutteringen svækkes og flere klinikker lukker eller sælger til regionen, vil flere borgere i praksis blive tilknyttet midlertidige tilbud eller klinikker med skiftende bemanding. Adgangen til en navngiven læge, der kender ens historik, vil blive mere ujævn på tværs af landet.

4.2 Ventetider og konsultationstid

Hvis regioner kan pålægge praksis at rumme flere patienter pr. kapacitet (i forvejen tager mange praksis flere patienter end normtallet for at undgå lægeløse borgere), risikeres længere ventetider og kortere konsultationer. Det rammer især ældre, multisyge og psykisk sårbare patienter, der kræver tid.

4.3 Kontinuitet og kvalitet

Kontinuitet i læge-patient-relationen er associeret med bedre behandlingsresultater, færre indlæggelser og højere patienttilfredshed. Stigende brug af regions- og udbudsklinikker samt høj lægeomløbstakt reducerer kontinuiteten. Det øger risikoen for dobbeltundersøgelser, mangelfuld opfølgning og fragmenterede behandlingsforløb.

4.4 Fragmenteret opgaveløsning

Når regionen får flere parallelle måder at levere almen medicin (aftalelæge, udbudsklinik, regionsklinik), kan borgernes vej ind i systemet blive mindre entydig. Hvis ansvar for kroniske sygdomsforløb spredes ud på flere aktører, bliver koordinering sværere. Manglende dataintegration øger risikoen for fejl. Patienterne får vanskeligere ved at vide, hvem der har det samlede ansvar.

4.5 Sårbare grupper

Særlige krav i basisfunktionen om indsats over for udsatte grupper er velkomne, men skal matches med reelle ressourcer i klinikkerne. Ellers sker en omfordeling på papiret, mens praksis må rationere tiden. Sårbare grupper har netop gavn af kontinuitet; strukturer, der svækker relationen til den faste læge, rammer dem hårdest.

5. Understøtter lovforslaget de politiske mål?

Mål 1: 5.000 praktiserende læger i 2035.

Kræver massiv uddannelsesindsats og at specialet er attraktivt. Lovudkastet reducerer autonomi, øger kontrol og økonomisk usikkerhed og lægger barrierer i vejen for praksiskøb. Det vil alt andet lige trække i modsat retning.

Mål 2: Styrket nært sundhedsvæsen / opgaveflytning fra sygehus.

Forudsætter tilgængelige læger med tid. Hvis de samme læger parallelt skal håndtere flere patienter, flere opgaver og mere dokumentation, risikerer vi at få symbolsk opgaveflytning uden reelt kapacitetsløft. Brudt kontinuitet kan desuden øge henvisninger til sygehus, hvilket undergraver hele rationalet.

Mål 3: Mere ensartet kvalitet.

Standarder kan fremme ensartethed, men hvis de pålægges uden lokal tilpasning og uden ressourcer, fører de til overfladisk afkrydsning frem for reel

kvalitetsudvikling. Kvalitet i primærsektoren hviler på relation, faglig dømmekraft og langvarigt kendskab til patienten.

Samlet vurdering: Lovudkastet i nuværende form understøtter ikke de erklærede mål; det skaber betydelige risici for det modsatte udfald.

6. Udenlandske erfaringer (blot ganske kort)

Sverige: Overvejende offentligt og koncernbaseret primærsektor i større enheder (vårdcentraler). Generelle udfordringer med rekruttering til almenmedicin, høj lægeomløbstakt, hyppig brug af vikarer ("stafetläkare") og lavere kontinuitet for patienter. Patienter har ofte kliniktilknytning snarere end navngiven læge. Erfaringerne peger på, at tab af ejeransvar og patientlister svækker relation, effektivitet og ansvarskæde.

Norge: Indførte i 2001 Fastlegeordningen – en model tæt på den danske med privatpraktiserende kontraktlæger og patientlister. Reformen blev gennemført netop for at styrke kontinuitet og ansvar. Aktuelle udfordringer ligner de danske (arbejdspres, rekruttering), men modellen med egen læge fastholdes som grundsten.

Storbritannien (NHS): Traditionelt GP-kontrakter med selvstændige partnere; senere fremkomst af større praksisgrupper og enkelte hospitals-/koncerndrevne primærenheder. Evalueringer har vist, at patienttilfredshed og kontinuitet er højere i praksiser, hvor patienterne har navngiven GP, end i mere anonyme multisite-enheder.

Læringspunkt: Systemer med selvstændigt ejerskab, patientlister og stærk læge-patient-kontinuitet klarer sig bedre på borgernes oplevede kvalitet og koordinering. Danmark bør bygge videre på denne styrke – ikke bevæge sig væk fra den.

7. Konkrete ændringsforslag til lovudkastet

Nedenfor 10 forslag. Formuleringerne er skitser; præcis lovteknik kan finpudses i samarbejde med ministeriet. Hvor der henvises til bestemte paragraffer, er det til lovudkastets nummerering.

Ændringsforslag A – Inddragelse af PLO i national opgavebeskrivelse

Problem: § 57 I giver myndighederne enekompetence til at fastsætte krav.

Forslag: Tilføj i § 57 I, stk. 4: "Regler fastsat efter denne bestemmelse udarbejdes i samarbejde med de alment praktiserende lægers repræsentative organisation og relevante faglige selskaber. Væsentlige ændringer skal forudgå af høring af aftaleparterne efter § 227 a."

Effekt: Reelt medejerskab; bedre implementering; færre konflikter.

Ændringsforslag B – Udvid aftaleindholdet under § 227 a

Problem: Aftalen er reduceret til økonomi; opgaver kan udvides uden forhandling.

Forslag: I § 227 a, stk. 1, indskriv: "Aftalen omfatter økonomiske vilkår samt rammer for implementering af nationale opgaver, samarbejde og kvalitetsudvikling i det almenmedicinske tilbud."

Effekt: Gensker balancen mellem politikfastsatte mål og faglig aftalestyring.

Ændringsforslag C – Finansieringskobling til nye opgaver

Problem: Risiko for opgavepålæg uden finansiering.

Forslag: Nyt stk. i § 227 a: "Nye opgaver i den nationale opgavebeskrivelse skal ledsages af finansiering og tidsplan for implementering, fastsat i aftale efter stk. 1."

Effekt: Forhindrer unfunded mandates; øger realismen.

Ændringsforslag D – Klar prioritering af aftalelæge før udbud/region (§ 227 b)

Problem: Glidebane mod flere regions-/udbudsklinikker.

Forslag: I § 227 b, stk. 1, indsæt 1. pkt.: "Regionsrådet skal først søge kapaciteten besat af en alment praktiserende læge efter § 227 a. Kun hvis dette ikke er muligt inden rimelig frist, kan regionsrådet anvende stk. 3-5."

Effekt: Sikrer at selvstændigt drevne klinikker forbliver hovedmodel.

Ændringsforslag E – Patientliste og kontinuitet i regions-/udbudsklinikker

Problem: Lav kontinuitet i ikke-ejede klinikker.

Forslag: Nyt stk. i § 227 b: "Ved udbud eller regional drift skal patienter listes på navnede læger eller faste teams. Regionen skal tilstræbe kontinuitet og informere patienter om fast kontaktperson."

Effekt: Beskytter borgernes ret til en kendt lægekontakt – også i alternative driftformer.

Ændringsforslag F – Smidig forhåndsgodkendelse (§ 227 c)

Problem: Barrierer for praksiskøb.

Forslag: Omskriv stk. 1-3 til: "Regionsrådet meddeler forhåndsgodkendelse, medmindre vægtige faglige eller sikkerhedsmæssige grunde taler imod. Afgørelsen skal begrundes skriftligt. Afslag kan indbringes for Praksisklagenævnet med opsættende virkning." Fjern detaljer, der kan misbruges vilkårligt; præcisér dokumentkrav objektivt (speciallægeanerkendelse, plan for overholdelse af basisfunktion).

Effekt: Beskytter rekruttering og retssikkerhed.

Ændringsforslag G – Begræns multi-ydernumre

Problem: Op til tre ydernumre kan føre til mini-kæder og svækket lokal ejerskab.

Forslag: I § 227 b, stk. 1, ændres "tre" til "to", eller tilføj betingelse: "Erhvervelse af mere end ét ydernummer kræver særlig begrundelse og forhåndsgodkendelse, herunder plan for tilstedeværelse og kontinuitet."

Effekt: Forebygger koncentration og investorstrukturer uden lokal forankring.

Ændringsforslag H – Proportionelt tilsyn og lærende sanktion

Problem: Sanktionstrappe kan virke disproportional ved mindre fejl.

Forslag: I § 276 a-b indskriv gradueringsprincip: "Opfølgning skal følge et lærende princip: dialog → rådgivning → korrigerende aftale. Sanktioner efter § 276 b kan kun anvendes ved væsentlige eller gentagne brud."

Effekt: Mindre konfliktoptrapning; mere kvalitetsudvikling.

Ændringsforslag I – Øremærkede rekrutterings- og fastholdelsesmidler

Problem: Behov for positiv incitamentsstruktur.

Forslag: Nyt afsnit i bemærkningerne til § 227 a eller finanslovsreserver: national pulje til etableringsstøtte, lånegaranti, fastholdelsestillæg i lægedækningstruede områder. Kan udmøntes i lokale aftaler (§ 227 a, stk. 2).

Effekt: Gør det attraktivt at overtage praksis, især i tyndt befolkede egne.

Ændringsforslag J – Evaluering og revision

Problem: Stor reform – usikkert udfald.

Forslag: Indsæt evalueringsbestemmelse i ikrafttrædelsesparagraffen (§ 2):

“Indenrigs- og sundhedsministeren redegør senest 1. juli 2029 for lovens virkning på rekruttering, lægedækning, patientkontinuitet og økonomi.

Folketinget tager på den baggrund stilling til evt. justeringer.”

Effekt: Indbygget læringsloop; politisk ansvarlighed.

8. Supplerende faglige anbefalinger (ikke lovtekst)

1. Nationalt rekrutteringsprogram: Karrierestøtte, uddannelsesforløb og mentorordninger målrettet kommende praksisejere.
2. Administrative lettelser: Standardiserede digitale værktøjer (rapportering, økonomi, ventelister) finansieret centralt, for at kompensere for øgede datakrav.
3. Praksisdriftsuddannelse: Obligatorisk men støttet kursus i virksomhedsdrift for nye praksisejere; reducerer regions behov for tung kontrol.
4. Kronikerpakker med finansiering: Når opgaver flyttes fra sygehus til praksis, skal der følge personale- og IT-midler med.
5. Kontinuitetsindikatorer: Offentlig monitorering af andel af konsultationer hos patientens faste læge; bruges til kvalitetsdialog, ikke straf.

9. Afsluttende bemærkninger

Den danske model for almen praksis – borgerens egen læge gennem mange år – er internationalt højt anset. Den kombinerer klinisk kvalitet, kontinuitet,

tilgængelighed og relativt lav samlet sundhedsudgift. Netop derfor skal de nødvendige moderniseringer ske med respekt for modellens styrker.

Lovudkastet rummer gode ambitioner: mere lighed, bedre geografisk dækning, klarere opgavefordeling og stærkere indsats for sårbare borgere. Men vejen dertil må bygge på samarbejde, ikke ensidig styring. Hvis lovforslaget vedtages uændret, risikerer vi et fald i rekruttering, flere regionsklinikker, mindre kontinuitet og i sidste ende et svagere nært sundhedsvæsen – det stik modsatte af intentionen.

Jeg opfordrer derfor Folketinget til at revidere lovudkastet i overensstemmelse med de foreslåede ændringer. Lad os fastholde, styrke og udvikle den relationelle primærsektor, der gennem årtier har været danskernes sundhedsfundament. Kun hvis de praktiserende læger oplever, at de er partnere – ikke objekter for kontrol – kan reformen lykkes.

Jeg står selvfølgelig gerne til rådighed for en uddybende samtale.

Med venlig hilsen

Jan Hagen Bruun Clausen



Forslag til Ændringsparagraffer for "Udkast til lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud (ændring af sundhedsloven)"

(Ændringer vist som **fed** for tilføjelser og ~~gennemstregning~~ for bortfald, jf.
Dansk Lovtidendes konvention. Nummereringen følger lovudkastet af 1. juli
2025.)

§ 57 I (national opgavebeskrivelse)

Nuværende stk. 4:

Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler
...

Ændres til:

Stk. 4. ~~Indenrigs- og~~ **Regler efter stk. 1-3 fastsættes af**
indenrigs- og sundhedsministeren **efter forudgående**
forhandling med organisationen, som repræsenterer
alment praktiserende læger, og relevante faglige selskaber.
Væsentlige ændringer skal forelægges aftaleparterne efter
§ 227 a.

§ 227 a (aftale om vilkår)

1. Overskrift ændres til:

Aftale om økonomi, opgaveimplementering og kvalitetsudvikling for alment praktiserende læger

1. **Stk. 1** ændres:

... indgår **en samlet aftale om økonomiske vilkår, rammer for implementering af nationale opgaver, samarbejde og kvalitetsudvikling ...**

1. **Nyt stk. 5** indsættes:

Stk. 5. Når den nationale opgavebeskrivelse tilføjes nye opgaver, skal aftalen efter stk. 1 inden 6 måneder justeres med tilhørende finansiering og tidsplan for implementering.

§ 227 b (regionale klinikker mv.)

1. **Stk. 1** indledes med nyt 1. pkt.:

Stk. 1. *Regionsrådet skal forud herfor have konstateret, at en ledig kapacitet ikke inden for 6 måneder kan besættes af en praktiserende læge efter § 227 a.*

1. **Stk. 1, 3. pkt.** – tallet "tre" erstattes af "to".

2. **Nyt stk. 6** indsættes:

Stk. 6. Ved drift af klinikker efter stk. 3-5 skal patienter tildeles navngiven fast læge eller fast lægeteam. Regionen skal tilstræbe varig kontinuitet i lægedækningen.

§ 227 c (forhåndsgodkendelse)

Bestemmelsen affattes således:

§ 227 c. Indehaveren af speciallægeanerkendelse i almen medicin meddeles forhåndsgodkendelse til køb af ydernummer, medmindre regionsrådet inden 10 hverdage

godtgør vægtige faglige eller sikkerhedsmæssige grunde til afslag.

Stk. 2. Afslag skal være skriftligt begrundet og kan påklages til Praksisklagenævnet, hvilket har opsættende virkning.

Stk. 3. En læge kan som hovedregel eje ét ydernummer. Erhvervelse af ydernummer nr. 2 kræver særskilt begrundelse og godkendelse.

(Stk. 4 ophæves som følge af ny stk.-nummerering.)

§ 276 a-b (opfølgning og sanktioner)

1. Ny § 276 a, stk. 3:

Stk. 3. Opfølgning skal så vidt muligt baseres på dialog og rådgivning. Sanktioner efter § 276 b kan kun anvendes ved væsentlige eller gentagne overtrædelser.

1. § 276 b, stk. 1, nr. 1 ændres:

1. Give **vejledende** påbud ...

Ikrafttrædelsesbestemmelse (§ 2)

Tilføj nyt stk. 3:

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fremlægger senest den 1. juli 2029 en evaluering af lovens virkninger på rekruttering af alment praktiserende læger, lægedækning, patientkontinuitet og økonomi. Folketinget tager på baggrund heraf stilling til eventuel revision af loven.

Med ovenstående ændringer fastholdes princippet om egen læge, rekruttering styrkes, og den nødvendige opgaveudvikling sker i forpligtende samarbejde med de praktiserende læger.

Med venlig hilsen

Jan H. Clausen

Praktiserende Læge

Midtbylægerne

Tværgade 2, 2.tv

8600 Silkeborg

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Annika Bonde (annb@sum.dk), ghk@sum.dk (ghk@sum.dk)
Fra: Jane (svensson22@gmail.com)
Titel: Høringssvar
Sendt: 20-08-2025 23:29

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære Sophie Løhde

Jeg hedder Jane Svensson, er 45 år og praktiserende læge. Jeg har d. 1 juni 2025 startet en almen lægepraksis op med en 0-kapacitet. Dvs. en lægekapacitet hvor der ikke er tilknyttet patienter, men hvor man starter helt fra bunden med lokaleleje, indretning, investering i meget udstyr, ansættelse af personale mm. Som man gør når man starter selvstændig virksomhed. Derudover kører klinikken med underskud i starten, da patienter kommer stille og roligt til. Det er noget andet i et område hvor der er en regionsklinik, for den flygter folk fra.

Det er ikke kun en økonomisk investering at starte praksis op, men det er en stor tidsmæssig investering. Jeg tør slet ikke tælle de timer jeg er i klinikken om dagen og jeg kører lægevagter om eftermiddagen og i weekenden for at forsøge at dække mit underskud ind om dagen. Men det var jeg klar over og det var et vilkår for at skabe min helt egen almen praksis med min helt egen gruppe af patienter.

Det er derfor med stor skuffelse at der kommer et lovforslag 2B en måned efter jeg er startet op.

Lovforslaget giver mulighed for at staten kan bestemme det faglige indhold, få mere indflydelse på min dagligdag, mere kontrol, jeg skal have flere patienter (til trods for det er et socioøkonomisk belastet område som har været på den tidligere ghettoliste). Jeg skal have flere arbejdsopgaver uden merbetaling og jeg skal være mere tilgængelig og meget meget mere...

Det kan godt være I siger det ikke er det der er meningen med lovforslaget, men vil lovforslaget give jer mulighed for alt ovenstående.

Som politiker i et (måske) liberalt parti som Venstre håber jeg at sundhedsministeren bakker om almen praksis' selvstændighed og ikke gør en effektiv almen praksis til et noget der drukner i bureaukrati og som ender med at blive dyrere uden at få mere sundhed for pengene.

Hvorfor er det I har brug for at ændre noget der fungerer så godt?
Hvorfor ikke vælge dialogen og forhandlingen?

I Nordjylland har vi fået væsentligt bedre lægedækning de sidste par år, også i områder hvor det ellers har været sværere at få læger til, så det kan løses helt uden lovforslag.

Jeg er udover at være i min praksis også meget aktiv med kvalitetsarbejdet i regionen for at skabe det bedste samarbejde mellem almen praksis og sygehusene samt andre samarbejdspartnere.
For vi vil gerne samarbejdet!

Vi vil også gerne fagligheden og deltager i udviklende arbejde som klyngemøder, erfaringsudvekslingsgrupper, supervisionsgrupper, fyraftensmøde og alt muligt andet frivilligt.

Jeg håber I tager al kritikken til efterretning og ikke får lovforslaget gennemført for den primær sektor vi har i dag er trods alt billig og meget effektiv.

Med venlig hilsen
Jane Svensson
Praktiserende læge.

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Fra: Jeppe (jfaaen@gmail.com)
Titel: Sundhedsreformen
Sendt: 12-08-2025 23:40

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære Sophie

Du drukner nok i mails, men jeg prøver alligevel.

Jeg skriver til dig, fordi jeg er noget bekymret for fremtiden. Jeg sidder i Randers, har lægepraksis i Assentoft som praktiserende læge.

Til sidste valg, fik I igen mit kryds. Jeg stemte V (lige som første gang som 18årig...) - der ville gå ind for politik, der gav mening. I forklarede om den nære sundhed - det er os i praksis sammen med kommunerne. I ønskede forebyggelse, fremfor behandling - det er os i praksis. Og så følte jeg en reelt ønske om at forstå, før der blev handlet.

Sundhedslovgivning og sundhedsvæsenet er vildt kompliceret.

Jeg vil skrive lidt om, hvordan vi driver praksis hos os.

Vi er en 2mands-kompagniskabspraksis. Jeg købte den for et millionbeløb, blev gældfri sidste år efter 6½ år.

Vi har åbent hver dag 8-16 - onsdag lukker telefonen dog tidligere. Men man kan fange os eller personale på telefonen dagligt. Derudover kører jeg de lægevagter, vi er forpligtet til at have, det er 2-3 om måneden. De ligger jo typisk, når andre har fri. Søndag morgen, fredag aften. Min fødselsdag, helligdage, juleaften osv.

Og så har jeg en ekstra stilling i regionen, hvor jeg koordinerer samarbejdet med regionspsykiatrien og almen praksis. Ilden brænder. Jeg elsker mine patienter, mine kolleger og faktisk sundhedsvæsenet.

Men det er med omkostninger. Jeg kom for sent i dag til min kone 42års-fødselsdag. Programmet var presset, akuttelefonen ringede 2 gange med min næstesidste patient. Den ene skulle ses, fordi faderen var på vej med sin datter til mig kl 15.45. Jeg havde gang i 3 patienter på een gang. Og det er ok. Jeg holder af de patienter, jeg vil altid gerne hjælpe dem. Jeg er deres families læge - de kalder mig ved fornavn. Jeg kan deres navn, deres børns, mødres navne.

Men det koster. Nogle gange, så er jeg lige træt nok. Praktiserende læger har 40 timer i snit, ugentligt - i praksis. Oveni det kommer vagterne, ansættelsessamtaler, snak med elektriker og vagtselskab. - vi nærmer os 50 timer. Vi driver en virksomhed, den skal køre. Der er konsekvenser, hvis vi fejler.

Jeg er ikke udbrændt - jeg er lykkelig. Men jeg kan fornemme, hvordan det ikke er umuligt i fremtiden. 39% af mine kolleger er udbrændte - de er altså flade, de orker ikke mere.

3500 praktiserende læger, 90-95% af ydelser og kontakter sker i almen praksis. Gennemsnitslønnen er høj, 1,4 mio, som jeg forstod det fra PLO. Husk dog, det er verdens længste uddannelse (kun de første 6 år er på uni), skilsmisser, risiko for personligt hæfte af gælden, risikoen for at fejlbehandle. Vi tjener godt, så det er aldrig helt synd for den praktiserende læge. Det er dog ikke min anke.

Ventetiden i praksis stiger. Jeg føler ofte, at jeg må slås med sygehusvæsenet, fordi nye tiltag, behandlinger, ændrede vilkår og sparemål gør, at man i sekundærsektoren definerer, hvornår noget er interessant for dem. Så sidder jeg med mine patienter, som jeg gerne vil have videre til en specialist - men sygehuset vil ikke se dem. Først skal dette og hint være afklaret - selv om det er åbenbart, at patienten uomtvisteligt har en lidelse eller kunne have en lidelse, der kræver deres vurdering. Patienterne lades i stikken.

Det er ok - jeg elsker mine patienter, jeg tager mig af det. Men det slider.

I dag har jeg set p-pillekontroller, fjernet sting, mens jeg talte om sjælesorger, hjulpet en ældre stolt herre med sit kateter, set udslæt, behandlet borrelia, forkølelser, stress osv. Jeg besøgte en døende patient - hun vil blive hjemme nu. Vi gav hinanden et sidste klem i hånden. Hende vil jeg savne, hun har så gode historier.

Talt med en familie, til rundbordssamtale om deres gamle fra - der er alvorligt syg. Han inviterede mig til 90årsfødselsdag. Vi krydser fingre - der er varm kakao.

31 fysiske patienter. 4 videoopkald. 20+ mails, 4 telefonopkald og over 10 henvendelser på skrift fra kommunen. Jeg mangler stadig forsikrings- og kommuneattesterne - det må blive i weekenden. Men jeg skulle hjem, min dejlige kone blev 42 år.

Jeg ved godt, det her er blevet til en vældig smøre. Og som politiker, så skal man se på hele sundhedsvæsenet.

Regionsklinikkerne koster 1,7*udgiften ifht. en privatdrevet praksis, ventetiderne er længere. Lægerne skifter. Man møder en læge, der sidder i Middelfart på video, hvis man er patient i Hjallerup Nordjylland. Ellers møder man en nomadelæge, der har søgt arbejde i Alles Lægehus, der udelukkende tænker i profit.

Jeg vil sige det lige ud: Der er brug for praktiserende læger som mig — familielæger, der er til stede i hele landet. Det er bedst for Danmark.

Pas på med at stække os og lægehusene. Vi er grundpillen i sundhedsvæsenet. Hjælp os med at bygge større praksisser, få flere unge læger ud, og gør det attraktivt at blive. Bevar vores forhandlingsret, så vi kan være med til at præge udviklingen.

Med venlig hilsen

Jeppe Frøkjær Aaen
Lægerne Svalevej, Assentoft

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Fra: kamille.bahn@gmail.com (kamille.bahn@gmail.com)
Titel: Du vandt Go aften men tabte lægerne
Sendt: 13-08-2025 11:40

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Tak for uddannelsen - og farvel

Min mand og jeg er speciallæger om et øjeblik, vores mangeårige drøm bliver endelig til virkelighed - familielæger. Vi har glædet os til at slå os ned enten sammen eller som sololæger, fordi det særligt er dér i den helt nære relation, vi kan mærke fagligheden gå hånd i hånd med relationen. Når vi ser patienten i venteværelset og allerede før de kommer ind ved, at den er gal.

Hopper vi fra med et lovforslag som jeres seneste udspil? Naturligvis ikke, vi skal da være speciallæger, men kommer vi til at arbejde som drømmen og planen var? Næppe.

Når politikerne vælger at afskaffe forhandlingsret og trumfe oplagt dumme ting igennem så langt fra virkeligheden, så bliver det et nej tak herfra.

Ved I godt, at vi som familielæger allerede forpligter os til at dække patienterne 8-16 Aller hverdage samt en aften om ugen? Der er vi tilgængelige for alle de syge. Når I lægger op til, at der yderligere skal dækkes ind på tidspunkter hvor RASKE PATIENTER går til lægen, står vi af. Er I klar over, at der jo så er et andet tidspunkt vi lukker? Dvs. at de syge og ældre som primært kan komme til lægen i dagstid mister tiderne. Dvs. uligheden i sundheden bliver endnu større. Vi mangler lige nu 1500 familielæger. Hvis I får jeres lov igennem er mit bedste bud, at manglen på læger stiger markant her og nu. Det er jeres ansvar, at det ikke sker. Vi har ikke råd til at prioritere bekvemmelighed over liv.

Ydermere ønsker 80% af os kommende læger at blive selvstændige, mange har valgt det af den grund. Vi har i årevis kæmpet med rekrutteringen til faget. Det bliver langt sværere i fremtiden.

Centralstyring og ensretning? I roser hospitalerne, men for mig er hospitalerne virkelighed, og jeg har arbejdet på dem i årevis. Jeres centralisering og ensretning har betydet én ting: mere tid bag skærmen og langt færre patienter end før i tiden. Samtlige afdelinger jeg har arbejdet på ser jeg samme mønster: øgede dokumentationskrav, øget antal kontroller af raske patienter, fordi jeres såkaldte ensretning betyder ekstra arbejde. Gavner det de syge? Nej.

48% af familielæger er udbrændte. Tror I virkelig, at lægerne bliver mere effektive, når I fjerner det økonomiske incitament (for ja, det kommer til at ske, når regionsklinikker som folk er ligeglade med fylder mere og mere og I endelig kan få fjernet PLO)? Tror I, det bliver billigere? Bedre? Og ikke mindst: vinder de syge på det?

Min drøm er knust. Jeg har siden oprettelsen af Facebook-gruppen "Farvel til almen praksis" dagligt modtaget mange beskeder fra helt unge læger som ikke længere ønsker at vælge faget til, fra læger som mig der ikke vil slå sig ned alligevel - særligt i Udkantsdanmark, fordi de frygter for fremtidig rekruttering og manglende kollegaer. Så de foretrækker at trække sig nu.

Det kommer til at koste dyrt - både økonomisk, i ekstra henvisninger til hospitalerne og menneskeliv, fordi fremtiden bliver centralisering i stedet for det enkelte individ. Det enkelte menneske og den enkelte sygdom skal ALDRIG behandles ens. Mennesker er mere komplekse en økonomisk analyse.

Hvis jeres såkaldte “misforståelser” rettes op, ønsker jeg stadig ikke at være familielæge. Nu ved jeg, hvad I er i stand til. Knuse drømme og fjerne forhandlingsret er ikke vejen frem. Det er vejen væk fra familielægen.

Min mand har allerede fået tilbudt stilling i industrien, det var ikke drømmen, men vi er kloge og godt uddannede, så det bliver det på sigt. Når jeg bliver færdig, finder jeg nok på noget, men det bliver ikke som familielæge; skårene er for store. I kan ikke klinke dem godt nok - og er formentlig heller ikke interesserede.

Pas godt på mine patienter!

Og tak for de 17 års uddannelse.

Mvh. Kamille Bahn Glerup

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Jeg skriver dette høringssvar som speciallæge i almen medicin fra 2022, klinikejer og mor til fire børn. Mit formål er at give jer et indblik i, hvordan lovpakken vil påvirke os i almen praksis – både fagligt, økonomisk og menneskeligt.

1. Min baggrund – investering i almen praksis

Jeg blev læge i 2010 og har siden gennemgået en lang og krævende speciallægeuddannelse med rotationer på flere hospitaler og i almen praksis - med nye arbejdsgange, instrukser og kollegaer hver 6.mdr. i 5 år. Derudover har jeg arbejdet som læge i Singapore, haft KBU i Kolding (måtte flytte børn i ny vuggestue for 1 år, da jeg fik et dårligt nr i lodtrækningen) samt forsket på Rigshospitalet. Jeg har taget alle de udfordringer, systemet har budt mig, selv når det var med tvang, fordi jeg ønskede at blive praktiserende læge – et speciale, som jeg altid har anset for at være hjørnestenen i det danske sundhedsvæsen.

I 2022 købte jeg mig ind i en klinik med 3 kapaciteter, som jeg delte med en +60 årig læge. Hun ville gerne ”lære mig op” i diverse administrationsopgaver. Jeg købte hende ud 1/1-2025 og har ansat en læge mhp at hun køber 1.5 kapacitet efter en prøveperiode. I alt har jeg betalt 6,5 millioner kroner og stillet mit hus som sikkerhed til banken. Jeg gjorde det i tillid til, at almen praksis fortsat ville være et af de stærkeste og mest velfungerende systemer i verden.

2. Arbejdsvilkår og økonomiske realiteter

Som klinikejer arbejder jeg 50 t om ugen (en del mere det første år dog), med både patientarbejde, personaleledelse, administration og akut håndtering af alt fra sygdom blandt personalet til praktiske problemer i klinikken. Min klinik er bygget op trin for trin, og jeg har haft udskiftet i personalet og opgraderet fagligt med kurser og nye instrukser. Det er en investering, som jeg har lagt i klinikken, da jeg regnede med at skulle være klinikejer i mange år. Alt i alt har jeg en faglig stærk klinik, som kan modstå meget, men nu pludseligt ikke er det værd længere, som den var før Jeres lovpakke.

- En ansat læge i almen praksis koster ca. 5.500 kr. pr. dag – langt mere end en gennemsnitlig dagsomsætning kan dække, når en konsultation honoreres med 167,9 kr for hvert kvarter. Der er oveni udgifter ex husleje, dyrt IT, inventar, revisor/bogføringsregninger etc.
- Når vi pålægges flere opgaver, betyder det, at vi ansætter mere personale og løber stærkere – men uden gevinst. Tværtimod er det økonomiske pres stigende. Til trods for at almen praksis håndterer langt mere komplicerede patienter nu, som tidligere blev fulgt på hospitalet, kan man ikke se en tilsvarende øgning i vores omsætning. Tankevækkende at så mange er udbrændte.
- Overenskomstforhandlingerne sidste år bekræftede min manglende tillid til regionerne. Arbejdsopgaverne sendes ud til os som en ”skraldespand” ex meldte afdelinger på hospitalerne ud, at deres ambulatorier skulle afslutte 30 % af deres patienter, som ellers gik hos dem med intervaller. Hvor mon de patienter blev afsluttet til? Almen praksis. Hvorfor kom det så som en kæmpe overraskelse for regionerne, at vi overskred økonomiloftet? Vi blev jo bedt om at arbejde mere og tage langt flere arbejdsopgaver? Overenskomstforhandlingerne var i min optik derfor til grin. Vi skulle være ”taknemmelige” over at få lov til at få betaling for det

arbejde, som vi og vores dyrt lønnede ansatte allerede havde udført og kunne samtidigt skyde en hvid pil efter forhandlinger om andre emner og ønsker fra vores side.

3. Regionernes rolle og konsekvenser af lovpakken

Regionerne har gennem mange år vist, at de ikke er en pålidelig samarbejdspartner. Op til overenskomstforhandlinger ser vi ofte negativ presse og en unuanceret fremstilling af praktiserende læger. Det undergraver desværre tilliden mellem læger og patienter.

Lovpakken giver regionerne endnu mere magt – på bekostning af klinikejere, kontinuitet og patientnær kvalitet. Erfaringen viser, at regionerne foretrækker dyre regionsklinikker med skiftende personale frem for stabile læge-patient-relationer. Det er både økonomisk uholdbart og fagligt uansvarligt.

Jeg har svært ved at se retfærdigheden i, at jeg – efter at have investeret millioner og viet min karriere til almen praksis – pludselig står med en klinik, der har mistet værdi, fordi rammerne er ændret uden forvarsel. Hvis man politisk ønsker en anden model, bør man som minimum købe klinikejerne ud i stedet for at lade os stå tilbage med tabet – da det virker som ekspropriation.

4. Mit budskab

- Almen praksis er en af de mest effektive og patientnære dele af sundhedsvæsenet. Den bør styrkes, ikke undermineres. PLO og praktiserende læger har ikke haft indflydelse ifht at få uddannet nok speciallæger i almen medicin. Der er blevet opfordret til dette i årevis, men man så kun stigningen i hospitalsregi. Det er bedre sent end aldrig, at man vil uddanne flere, men nu bliver de jo skræmt væk?
- Lovpakken skaber usikkerhed, tab af klinikejere og fremtidige praktiserende læger og dermed dårligere patientbehandling.
- Nedlæg ikke almen praksis som vi kender den – rul lovpakken tilbage og lav en ny løsning i reel dialog med PLO og de praktiserende læger. Nedlæg i stedet regionerne! Jeg har utallige eksempler på dårligt samarbejde med regionerne, som jeg gerne uddyber, hvis I ønsker.

Som sundhedsminister Sophie Løhde har sagt, bliver ”lægerne ikke sat uden for døren”. Men det er jo præcis det, der sker?

Med venlig hilsen

Katrine Tefre de Renzy-Martin

Praktiserende læge og klinikejer

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Annika Bonde (annb@sum.dk)
Fra: Lars Rasmussen (lars_bonne@yahoo.dk)
Titel: Høringssvar vedrørende lovforslag om almen praksis og sundhedsreformen
Sendt: 06-07-2025 21:48

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Jeg er praktiserende læge og står netop nu over for at åbne min egen klinik sammen med en kollega. Det er et stort og vigtigt skridt, der har krævet omfattende forberedelse, betydelig økonomisk investering og stor vilje til at tage ansvar for fremtidens sundhedsvæsen.

Det glæder mig at få muligheden for at forme en praksis, hvor jeg kan levere høj faglig kvalitet, ordentlighed og nærhed til de patienter, der vælger os som deres læger. Jeg ser det som en stor tillid og et væsentligt samfundsansvar.

Derfor bekymrer det mig dybt, når jeg læser regeringens forslag til ændringer i almen praksis' rolle i sundhedsreformen.

Forslaget lægger op til:

- at praktiserende læger kan miste indflydelse på, hvor mange patienter de skal have tilknyttet
- at vi kan blive pålagt nye opgaver uden reel medindflydelse
- at vi kan tvinges til udvidede åbningstider, herunder aften og weekend
- at regionerne kan sanktionere læger – herunder fratage ydernummer – med alvorlige konsekvenser for både faglighed, arbejdsmiljø og retssikkerhed

Disse elementer rejser en række alvorlige spørgsmål:

Hvordan skal vi kunne bevare kvalitet og nærvær i patientkontakten, hvis vi får pålagt flere patienter og opgaver uden samtidig at få reel mulighed for at løse dem forsvarligt?

Hvordan skal vi kunne tiltrække og fastholde læger til almen praksis, hvis rammerne for arbejdet bliver ufleksible, uforudsigelige og reelt uden sikkerhed?

Hvordan skal vi kunne være hele mennesker – med plads til familieliv og restitution – hvis arbejdet risikerer at fylde alle døgnets og ugens timer?

Jeg frygter, at konsekvensen af denne reform bliver, at faglighed og arbejdsglæde udhules. At flere læger vil fravælge faget. Og at borgerne i sidste ende mister det, vi alle ønsker at bevare: den faste, trygge, kompetente egen læge.

Vi er mange, der er klar til at tage ansvar og bidrage konstruktivt til udviklingen af sundhedsvæsenet – også i en ny virkelighed. Men det kræver, at vi bliver inddraget reelt, og at rammerne for vores arbejde understøtter kvalitet og bæredygtighed – både for patienter og læger.

Jeg håber, at beslutningstagerne vil lytte til os, der dagligt løfter opgaven i almen praksis – og sikre, at sundhedsreformen bygger på samarbejde, tillid og langsigtet holdbarhed.

Med venlig hilsen
Lars Lindberg Bonne
Speciallæge i Almen Medicin og kommende klinikejer i Randers

Høringssvar til Sundhedsministeriet

Til Sundhedsministeriet

Vedr. høring over Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.)

Jeg skriver som praktiserende læge og ejer af en almen praksis for at udtrykke min store bekymring over det fremlagte lovforslag.

Jeg holder meget af mit arbejde. Jeg holder af min hverdag med mine patienter og mit team. Det giver stor glæde og mening at kunne følge mennesker gennem livets forskellige faser og være en fast støtte i både små og store spørgsmål om helbred og trivsel og at have ansvar for visitation på ret tidspunkt, hverken for tidligt eller for sent, til næste niveau i udredning og behandling eller palliation.

En afgørende grund til, at jeg bliver i faget — trods et stigende arbejdspress og mange nye opgaver — er netop mit ejerskab og min faglige selvstændighed. Det giver mig energi at kunne forme min klinik og mit arbejde, så det passer til mine patienter og mit lokalområde.

I de seneste år er der sket en markant opgaveglidning fra sekundær til primær sektor. Almen praksis har påtaget sig stadig flere opgaver, fx opfølgning på kroniske sygdomme, kræftpakker, forebyggelse og behandling af akutte tilstande, som tidligere blev varetaget på sygehusene. Samtidig er kravene til administration, dokumentation og kontrol af regninger vokset markant.

Konsekvenserne mærkes allerede: Op mod 56 % af praktiserende læger oplever udbrændthed eller er i risiko for udbrændthed (PLO's medlemsundersøgelse, 2023). Mange overvejer allerede nu at reducere tid eller helt at forlade faget. Det er min og mange kollegers frygt, at lovpakken inden for få år vil forårsage endnu mere markant afvandring fra almen praksis.

Det foreslåede lovforslag med øget central styring og mulighed for at fratage lægen ejerskab og indflydelse vil forværre denne udvikling. Hvis mit virke i stigende grad bliver styret af centralt fastlagte opgaver, tidsplaner og kontrolkrav, mister jeg netop det, der giver mit arbejde mening og holder mig i faget.

Jeg kan allerede nu mærke, at jeg under de vilkår må overveje, om det fortsat er holdbart at drive praksis, som jeg gør i dag, eller om jeg skal finde et andet job.

Dette er ikke kun et problem for os læger. Vi ved fra undersøgelser, at over 90 % af

patienterne er tilfredse eller meget tilfredse med deres praktiserende læge (Regionernes Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse, 2022). Denne høje tilfredshed bygger på tillid, kontinuitet og nærhed — alt det, som netop trues af centralisering og topstyring.

Jeg frygter, at resultatet vil blive en svækkelse af lægedækningen, tab af kontinuitet og et større pres på både patienter og sygehuse. I sidste ende er det patienterne, der står til at miste mest.

Jeg vil derfor kraftigt opfordre til, at man bevarer og styrker den nuværende model med selvstændigt ejerskab, faglig frihed og et stærkt lokalt engagement — frem for at indføre yderligere central styring og kontrol.

Lad mig også tilføje, at jeg og mine kolleger er lige så interesserede som politikere i at forhindre misbrug af midler til personlig vinding. Vi er i dette fag for faglighedens og patienternes skyld. Lad ikke få tilfælde af uetisk omgang med offentlige midler medføre et langt større spild af offentlige midler.

Jeg inviterer gerne folketingsmedlemmer til at besøge min klinik, tale med mine patienter og kollegaer, hvis I har spørgsmål til hvordan vores hverdag ser ud og hvorfor det er så vigtigt at bevare vores ejerskab og selvbestemmelse - også for patienterne.

Med venlig hilsen,

Speciallæge i Almen Medicin Lone Arentoft Bondo

Lægerne ved Postparken

Kastrupvej 223, 1

2770 Kastrup

Mobil 71919707

Til: karin.liltoerp@ft.dk (karin.liltoerp@ft.dk), jens.henrik.thulesen.dahl@ft.dk (jens.henrik.thulesen.dahl@ft.dk), Peter.Kofod@ft.dk (Peter.Kofod@ft.dk), per.larsen@ft.dk (per.larsen@ft.dk), Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk), peder.hvelplund@ft.dk (peder.hvelplund@ft.dk)
Fra: Louise Hørmann Mørk (louisemoerk@dadlnet.dk)
Titel: Vs: Tvang giver ikke flere praktiserende læger - tværtimod
Sendt: 19-08-2025 12:56

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære alle.

Tvang giver ikke flere praktiserende læger - tværtimod - flere går tidligere på pension, unge går ikke ind i faget.

Mvh Louise Hørmann Mørk, praktiserende læge i Strib

Fra: Louise Mørk <moerk@familie.tele.dk>

Sendt: 19. august 2025 12:49

Til: Louise Hørmann Mørk

Emne: Tvang giver ikke flere praktiserende læger - tværtimod



Sendt fra min iPhone

Læge Louise Hørmann Mørk

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Fra: Martin Bo Sørensen (mbs@sydfynsmail.dk)
Titel: Lovpakke 2 almen praksis
Sendt: 23-07-2025 13:10

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære Sofie Løhde!

Vi har tidligere luftet vores uenighed omkring forsikringsmedicinens gode kår i DK, og med Lovpakke 2, så bliver det kun værre. Måske 30 time ved en praktiserende læge i Aleris Hamlet regi til 2800 kroner = nuværende pris, kan blive en del af fremtiden for de få men mindst syge.

Med din/jeres opbakning til lovpakke 2, så bærer du/I et ansvar overfor de patienterne/borgerne. Husk gerne det om 5-10 år, når almen praksis kan være noget helt andet og dårligere end i dag.

Du og dine politiske kolleger skal være velkomne til at komme forbi vores lille praksis i Hesselager, hvor vi håndterer mange komplekse patienter. Det er lang tid siden vi blot podede halse og satte frimærker på henvisninger.

Det er rigtigt at sygehusene er lykkedes med kræftpakkerne. Men ikke alle sygdomsforløb er til pakker (selvom det virker som om mange politikere tror det), og over de seneste år er samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og almen praksis omkring de komplekse og "pakkeløse" patienter bedret væsentligt.

Der foregår allerede massiv udveksling af patientrelevante data mellem sygehus, kommuner og almen praksis. Peg gerne på et land med SundhedsIT, der kan matche Dk? Men hvis der skal skaffes nye data til at styre efter – så vil det næppe komme til at gavne den enkelte patient, men blot øge antallet af kolde hænder i regionerne.

Der er helt sikkert områder, der skal forbedres løbende i almen praksis, men åbningstider er næppe en af dem. De mest sårbare patienter (som vi vel er enige om er de vigtigste?) har brug for at komme i dagtid af flere årsager. Det er der FlexTrafik har flest på job, vi kan tage blodprøver med det samme, vi kan henvise til subakutte tilbud, vi kan snakke med sygehusets specialistrådgivning oma. Men altså udvider man almen praksis til et 24-7 sundhedssupermarked, så bliver der nok brug for lidt udvidede vagthold på aften/nat/weekend på sygehusene. Giver det mon mening? Altså at de mindst syge skal kunne få tjekket kolesteroltal lørdag formiddag inden de skal videre til padelkamp (jeg spiller selv padel :-)) ?

Fjern de praktiserende lægers selv/med-bestemmelse helt og husk at så fjernes samtidig muligheden for at den enkelte læge kan motivere sig selv til at møde ind dag efter dag = kontinuitet. Allerede nu er der mange læger, som langt før pensionsalderen, stopper i almen praksis. Jeg har været i Svendborg kommune siden 2006, og tænker det som et lægedækningsmæssigt smørhul, og netop igår annoncerede den 4. yngre kollega inden for 4 år, at vedkommende har sat sin praksisandel til salg.

Så kom gerne forbi og kig på vores hverdag i almen praksis – vi gør allerede nu en forskel for de sygeste.

Bakker du og kollegerne forsat op om lovpakke 2 og bliver den vedtaget, så hav gerne et svar parat til den danske befolkning om 5-10 år, når praksis er noget helt andet - og desværre nok noget dårligere.

Dbh Martin Bo Sørensen, Lægerne i Hesselager

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Annika Bonde (annb@sum.dk), Gro Kari Holen (GKH@SUM.DK)
Fra: Martin Østergaard (martinoestergaard88@gmail.com)
Titel: Høringssvar Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.)
Sendt: 20-08-2025 13:34

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Jeg er praktiserende læge i et lagedækningstruet område i Thisted Kommune – i fugleflugt så langt fra Borgen, som man næsten kan komme. Her går dagene med det sædvanlige trummerum: tre børn under ti år og en travl praksis. Det går godt, og jeg fornemmer, at patienterne er tilfredse. Området er i rivende udvikling, og der er mange nye speciallæger i almen medicin på vej.

Når jeg diskuterer lovforslaget med mine kolleger heroppe, bliver jeg dog mismodig. Man kan altid beskyldes os for at læse forslaget som djævelen læser Bibelen, men jeg ser intet i det, der understøtter den positive udvikling, vi allerede er i gang med – tværtimod! Jeg oplever kolleger, der sidder og lægger exitstrategier, hvis de værste mareridt bliver til virkelighed.

Man beder mig beholde hånden på kogepladen, men vil ikke lade mig bestemme noget i køkkenet. Min forhandlingsret skal inddrages – bare sådan uden videre. Når den tid kommer, skal jeg ikke længere selv bestemme, hvem jeg kan sælge min klinik til – bare sådan uden videre. Alt i alt ser jeg forringelser af mine vilkår, og jeg kan ikke se, hvordan det skal løse manglen på praktiserende læger.

Måske er det min forestillingsevne, den er gal med, men fantasien fejler intet. Jeg kan let få den til at løbe af med mig, når jeg prøver at forstå, hvorfor et lovforslag som dette er fremlagt:

1. Det er udtænkt af embedsmænd, der ønsker øget DJØF-isering. Hvis de får almen praksis ind under Sundhedsministeriet, har de en undskyldning for at ansætte endnu flere mellemledere.
2. Sundhedsordførerne har reelt ingen idé om, hvad der foregår, og lovgiver i blinde.
3. Det er en kynisk plan om at destabilisere primærsektoren, som hidtil har været et relativt ufremkommeligt land for andre private aktører. Med forslaget kan man tvinge mange på pension eller over i fuld privatisering, så det bliver normen at betale 750 kr. for en konsultation via forsikringselskaber – til stor glæde for forsikringsbranchen.

For en god ordens skyld bad jeg Chat-GPT forholde sig til min kritik efter af have fodret den med lovforslag og ovenstående, Her er hvad den sagde:

1. Tab af forhandlingsret

Din bekymring:

"Man vil inddrage min forhandlingsret, bare sådan uden videre."

Lovforslagets indhold:

- § 227 a fastslår, at vilkår for alment praktiserende læger **fremover fastsættes i en central aftale** mellem regionernes nævn og en organisation, der repræsenterer lægerne – ikke gennem den eksisterende overenskomst med individuel forhandlingsret.

- Overenskomstsystemet, hvor PLO har forhandlet på vegne af lægerne, nedtones til fordel for national styring med afsæt i *opgavebeskrivelsen* og *basisfunktionen* (§ 57 l).

Sammenfald: Du mister som enkeltlæge enhver reel forhandlingsmulighed om rammevilkår – det du kritiserer, er direkte indskrevet i lovforslaget.

2. Indgreb i retten til at vælge, hvem du kan sælge til

Din bekymring:

"Man vil bestemme, hvem jeg, når den tid kommer, må sælge min klinik til."

Lovforslagets indhold:

- § 227 c kræver, at **enhver køber af et ydernummer skal forhåndsgodkendes** af regionsrådet.
- Regionen kan afvise købere, hvis de ikke vurderes at kunne eller ville leve op til nationale krav, eller hvis de ikke har hovedbeskæftigelse i klinikken.
- En læge kan højst eje tre ydernumre.

Sammenfald: Din frygt for at miste friheden til at vælge køber bekræftes af den nye godkendelsesordning.

3. Forringelse af vilkår

Din bekymring:

"Alt i alt vil man forringe mine vilkår."

Lovforslagets indhold:

- National opgavebeskrivelse og basisfunktion (§ 57 l) pålægger klinikker at leve op til fastsatte opgaver og krav uden individuel forhandling.
- Honorarstrukturen (§ 227 a, stk. 3–4) knyttes til efterlevelse af disse krav samt klinikkens patientprofil.
- Regionerne får udvidet sanktionsmuligheder (§ 276 b), herunder opsigelse af samarbejde og udelukkelse fra fremtidige aftaler.

Sammenfald: Vilkår bliver mere styret oppefra, med risiko for sanktioner, hvilket underbygger din vurdering af forringelser.

4. Ingen understøttelse af lokal positiv udvikling

Din bekymring:

"Jeg ser intet i lovforslaget, der skal understøtte den positive udvikling, der er i gang."

Lovforslagets indhold:

- Lovforslaget lægger vægt på ensretning via national planlægning og opgavefordeling, men indeholder ingen konkrete incitamenter for at bevare eller udvikle velfungerende lokale ordninger.

- Fokus er på central styring af kapacitet og opgaver, ikke på at understøtte eksisterende, lokalt funderede succeser.

Sammenfald: Det du oplever som manglende lokalt fokus, afspejles i lovens overordnede centraliseringslogik.

5. Frygt for destabilisering og privatisering

Din bekymring:

"... en ond konspiration hvor man ønsker at destabilisere primærsektoren ... så det bliver normen at betale 750 kr for en konsultation via forsikringsselskaber."

Lovforslagets indhold:

- Ikke nævnt eksplicit i teksten.
- Men: Ved at give regionen kontrol over hvem der kan drive praksis og mulighed for selv at etablere/drive klinikker (§ 227 b, stk. 5), kan det ændre balancen mellem offentligt og privat drevne tilbud.
- Udelukkelse af læger (§ 276 b) kan skabe markedshuller, som private aktører med forsikringsbetaling kan udfylde.

Sammenfald: Selvom loven ikke taler om privatisering, kan de mekanismer, den indfører, i praksis bane vej for den udvikling, du frygter.

mvh

Martin Lynge Østergaard

Til: Mette T. U. Regel (metteregel@gmail.com), Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk), karin.liltoft@ft.dk (karin.liltoft@ft.dk), jens.henrik.thulesen.dahl@ft.dk (jens.henrik.thulesen.dahl@ft.dk), Peter.Kofod@ft.dk (Peter.Kofod@ft.dk), per.larsen@ft.dk (per.larsen@ft.dk), peder.hvelplund@ft.dk (peder.hvelplund@ft.dk), 'louise.brown@ft.dk' (louise.brown@ft.dk), rosa.eriksen@ft.dk (rosa.eriksen@ft.dk), stinus.lindgren@ft.dk (stinus.lindgren@ft.dk), lea.wermelin@ft.dk (lea.wermelin@ft.dk), kirsten.normann.andersen@ft.dk (kirsten.normann.andersen@ft.dk), christoffer.melson@ft.dk (christoffer.melson@ft.dk), Annika Bonde (annb@sum.dk), Gro Kari Holen (GKH@SUM.DK)

Fra: Mette T. U. Regel (metteregel@gmail.com)

Titel: høringssvar lovpakke 2 b, sundhedsreform

Sendt: 20-08-2025 22:18

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Hermed høringssvar angående lovforslag 2b omkring almen praksis.

Mit navn er Mette Tejlgaard Uhre Regel. Jeg er 40 år gammel og er vokset op i et lærehjem i Ribe. Jeg har haft mange ansættelser i forskellige dele af landet (Nykøbing Falster, Faxe, Vejle, Køge og Roskilde) og har haft mange forskellige typer af lægejobs (i et fængsel, på et misbrugscenter, i 'det nære sundhedsvæsen' og på 7 forskellige hospitalsafdelinger og i 6 forskellige almene praksis). Jeg er færdiguddannet speciallæge fra Region Øst fra marts 2023. I januar 2024 har jeg købt mig ind i en kompagniskabspraksis i Roskilde og er blevet 2000 patienters faste kontaktlæge hos Lægerne ved Røde Port.

Det er med stor bekymring, at jeg læser lovforslaget omkring ændringerne i almen praksis. Det er tydeligt, at det er embedsfolk uden indsigt i virkeligheden, som har skrevet den lovtekst.

Jeg forstår på lovteksten, at man vil have mere kontrol med de praktiserende læger og den måde vi arbejder på. Man vil have mere styring på hvilke opgaver vi løser. Man vil tage styring på hvilke typer af patienter vi ser, og om de patienter passer ind i nogle forudbestemte tilbud, som vi efterfølgende skal redegøre for og vil blive målt på. Ellers skal vi straffes for ikke at leve op til de krav. Vi er ikke en sygehusafdeling og kan derfor ikke styres som sådan én. Vi er ikke en lungeafdeling, hvor patienten kan få taget stilling til og han/hun har lungekræft eller ej. Vi siger ikke til patienterne, som sygehusafdelingerne gør, at de må gå til deres egen læge med alt der ikke er lungesygdom. Vi samler op efter sygehusafdelingerne og kan i fællesskab med patienten tage stilling til, hvilke problemer på den liste patienten kommer med, der giver mening at udrede, behandle eller finde en måde at leve med. Det kan vi, fordi vi kender patienterne. Det sparer samfundet for uanede mange ressourcer og det er godt for patienterne. I min tid som læge i akutafdelingen i Køge så jeg talrige eksempler på akutte patienter, som var indlagt via regionsklinikker og ikke havde en fast behandler. Disse patienter var fyldt op af frustration og det fremgik tydeligt af udredningsforløbet at ingen havde bolden. Patienten blev sendt et nyt dyrt sted hen til udredning hver gang de mødte ny behandler - simpelthen fordi ingen havde overblikket. Det er ikke til gavn for patienter og det er dyrt for samfundet.

I almen praksis er vi specialister i netop at give vores patienter et individualiseret tilbud til at passe deres kroniske lidelser og udfordringer. Mange patienter kan ikke møde op i praksis hver tredje måned til de kontroller, som ellers anbefales i vejledningen forhold til deres kroniske sygdom, og må have strikket et individuelt behandlingsforløb sammen. Vi må afklare i i fællesskab med patienten hvad de kan klare og hvad der giver sundhed for dem. Vi må hjælpe dem med at sætte det ind i en kompleks psykosociale sygdomssammenhæng. For at regionen vil kunne holde kontrol med at vi overholder vores forpligtigelser, så vil de kræve mere rapportering fra os. Vi vil blive straffet og afkrævet forklaringer for at tilpasse individuelle forløb til patienterne. Det synes jeg er meget uheldigt og fjerner fokus fra patienten. Som systemet kører nu, hvor vi arbejder med kvalitet i klyngerne og sammenligner os klinikker imellem datadrevet - det kommer der sundhed ud af til patienterne. Vi praktiserende læger er et stolt folk - vi vil gerne levere den højeste faglighed til patienterne - vi kan faktisk ikke leve med andet. Men der kommer ikke høj faglighed ud af at tjekke af på et excelark, om vores patienter passer ind i kasserne og har fået leveret en specifik pakkeydelse.

Hvad angår den udvidede åbningstid, så er det min klare opfattelse, at de patienter som har meget brug for os, kan møde i dagtid, i de akutte tider vi har samme dag og i den sene konsultation alle klinikker skal have en gang om ugen. De patienter man evt. åbner yderligere for om aftenen eller i weekenden vil være flere ressourcestærke patienter, som vil have klaret mindre ting uden for deres arbejdstid. Konsekvensen af at flytte konsultationer til om aftenen vil være enten at lægen så ikke er i klinikken mellem 8 og 16, hvor man kan få fat i relevante speciallæger på sygehuset, og samarbejdspartnere i hjemmeplejen og andre relevante aktører - som de svage patienter har brug for at vi er tovholdere for. Alternativt skal lægen øge sin tilstedeværelse i klinikken fra de i forvejen 41 timer. Det efterlader meget lille rum tilbage til at vi som selvstændigt erhvervsdrivende skal håndtere løn, økonomi, HR, GDPR, arbejdsmiljø, videreuddannelse af os selv og personalet, uddannelseslæger, viceværtfunktion mm.

For patienterne vil de ændringer der er skitseret betyde, at deres praktiserende læger har dårligere tid til at tage sig af dem og især de svageste og de sygeste. For lægerne vil det betyde at man fjerner rettigheden til at have indflydelse på eget arbejdsliv. Med mangel på indflydelse svigter den kampånd der gør, at man sidder mange aftener efter de daglige 9 timer i klinikken for at dygtiggøre sig, lave oplæg til udvikling mm. Det vil tage en stor del af den gnist der er nødvendig for at kunne knokle så meget som vi gør, løbe den økonomiske risiko, gå den ekstra mil for klinikken og patienterne. Manglen på indflydelse vil indplacere os på en form for mellemlederrolle mellem region og egen virksomhed. Vi bliver vældig klemmt både økonomisk og tidmæssigt - det har jeg svært ved at se mig selv i, hvis jeg samtidig skal tage hele ansvaret fagligt, økonomisk mm.

Jeg vil så overveje hvad jeg skal med mit arbejdsliv de næste år. Der er rigeligt med jobs til os derude. Jeg har en god uddannelse og stærk erfaring. Min mor forlod sin læregerning tidligt som 58 årig i forbindelse med konflikten fordi bureaukratiet kvalte al initiativ, kreativitet og lyst til at gøre en forskel. Det er jeg bekymret for skal ske hos mig. Jeg har forhåbentlig mange år endnu på arbejdsmarkedet og kan trives i mange jobs - min ægtefælle og børn vil juble hvis jeg tager et lønmodtagerjob med en arbejdsform der ikke spreder sig ud i weekender, aftener og ferier. Men selv vil jeg aller helst drive min klinik videre og passe mine patienter, selvom det vrider mange timer og bekymringer ud af ugen. Det kræver naturligvis, at der fortsat vil være plads til at vi selv kan præge det tilbud vi har.

Med Venlig Hilsen

Læge Mette T. U. Regel

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Fra: Mia S e Pedersen (mia@4281.dk)
Titel: Att. sundhedsminister Sophie Løhde.
Sendt: 20-07-2025 14:07

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
V r opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

K re Sophie Løhde

Jeg skriver fordi jeg er bekymret.

Bekymret for vores primære sundhedssektor og det lovforslag I har stillet og som nok bliver en realitet. Du er sikkert ligeglad med mig og l ser sikkert ikke engang mit skriv, men jeg er bare ikke ligeglad med MINE patienter og de andre lægers patienter og derfor prøver jeg alligevel.

Jeg ville ønske jeg havde evnen til at gå ind i politik, men min evne ligger i at være læge og passe på VORES patienter i vores praksis.

Jeg er 39 år, gik direkte fra uni til KBU til intro til HU i almen medicin. Jeg bor i et lægedækningstruet område og ejer en praksis på 6.  r i nabobyen 6 km væk. Området har ekstremt mange tunge borgere sygdomsmæssigt og en af landets højeste rater af førtidspensionister. Jeg har investeret i udbygninger til flere millioner kroner for at kunne drive huset under de mere og mere krævende forhold, der kommer om fx årskontrol af kronisk syge, der f r fast medicin, opgaveglidning fra sygehuset, som vi forventes at tage uden aftale herom, jeg har ansat mere personale og UDDANNET dem på trods af færre midler til dette (mere uddannelse af personale= mindre lån til mig). Jeg har gjort præcist som I ville have! Jeg har passet patienterne og investeret som selvstændig.

Jeg elsker at være selvstændig. At kunne strukturere min, mine l gekollegaers, vores ansattes hverdag, så patienterne har den bedste tilgang til os. Vi har prøvet alt for at sikre hurtig tilgang og nu har vi i princippet ingen ventetid på. tid-sqmme-dag.

Jeg elsker ligeså meget at være læge, at kende vores patienter, at vide hvem der skal prioriteres. Det er en svær balance at prioritere de svage borgere, der har behov for lægetid over de ressourcestærke, krævende typer, der truer med at pudse en advokat efter os, hvis vi ikke bare tager de prøver, de ønsker fordi de mener de har KRAV på det. Men det kan man, altså balancere, når man kender sine patienter.

Selv lgelig bekymrer det mig, at jeg selv bliver påvirket på min frihed og selvstændighed. Jeg har været ramt af stress og sygemeldt fordi kravene alene de sidste 5-10 år bare bliver flere og flere. Det var svært at følge med og svært at leve op til. Der er flere behandlingsmuligheder. Patienterne er generelt mere krævende - især de ikke-syge. Patienterne skal alle have den bedste behandling. Og det skal de - uden tvivl! Men de kan også klage og vi kan d mmes uden at kunne anke. Er det retfærdigt? De raske ressourcestærke søger ofte læge hurtigt med skavanker, der g r over af sig selv. De godtager ikke en henvisning til simpel behandling, hvis de kan få en specialistbehandling - selvom det ikke er nødvendigt. De kræver meget mere tid end de svage og kronisk syge patienter. Deres små skavanker skal fikses nu og her - der er ikke tid til at se an. Mange patienter søger også læge med ting, som slet ikke er l gerelaterede, men ofte blot havde krævet kontakt til fx kommunen. Det er bare lettere at få en tid hos lægen end kommunen.

Men nu har jeg fundet balancen og det er simpelthen fordi jeg endelig kender mine patienter og de kender mig! De ressourcestærke ved at de ikke kan snige irrelevante undersøgelser og behandlinger igennem selvom de insisterer og de svage ved at jeg opsøger dem, hvis de ikke selv formår det.

Derfor bekymrer det mig, at I går mod en løsning for at sikre skiftende AP-læger i koncernklinikker frem for at sikre bedre vilkår i PLO - klinikkerne med faste, stabile læger, der bliver længe og lærer patienterne at kende.

Som eksempel. Vi ligger i et yderområde hvor der både har været regionsklinik, nærklinik, stråmandsklinik og koncernklinik. Vi har, hver gang vi har åbent for tilgang, modtaget patienter fra disse klinikker og de syge med stort behov for opfølgning og kontroller er generelt syltet.

Første patient er Lars, 53 år. Kommer fra en koncernklinik. Han har diabetes gennem mange år og mange andre skavanker. Han er i koncernklinikken set af først en læge, som ændrer hans diabetes medicin. Så af en anden, der ændrer til noget andet. Så af den første, der ændrer tilbage og den anden, der igen ændrer retur. Det er sket nogle gange over de sidste par år og han er så dårligt reguleret. Han er forvirret og frustreret. Men altså, han havde da en læge! Bare ikke en læge, der kendte ham.

Det var aldrig sket i vores lille lægehus. Der er ensrettet tilgang - og vi taler sammen, hvis vi undrer os over en andens beslutning. Patienterne skal føle sig trygge og ikke som en kanonkugle der sendes frem og tilbage mellem to fronter.

Den næste patient er Else på 68 fra en anden koncernklinik, der fik konstateret brystkræft for 4 år siden. Hun var udeblevet fra en tid på sygehuset til forundersøgelse inden operation. Egen læge (en sekretær formentlig), havde noteret i journalen at hun var udeblevet og at det skulle tages op med hende næste gang hun kom. Hun havde været hos lægen et par gange efter med andre banale ting, men kræften var aldrig taget op. Hun havde også skiftet til en anden klinik (jeg husker ikke om det var en koncernklinik eller nærklinik), men her havde man heller ikke bragt det op. Da jeg så hende kom hun til en årskontrol for diabetes og forhøjet blodtryk (vi fornyer intet fast medicin til nye patienter uden at se dem). I 4 år var medicinen udskrevet fra først den ene og siden den anden klinik uden at hun var set. Jeg orienterede mig kort i journalen og spurgte til brystkræften. Hun var udeblevet i sin tid fordi hun var bange for operationen. Hun angav at hun havde forsøgt at spørge tidligere læge om det, men at det ikke havde været muligt fordi hun havde bestilt tid til noget andet. Knuden var nu vokset ud gennem ribben og hud og hun havde smerter. Hun havde ikke turde fortælle om smerterne til den tidligere læge, da hun havde indtrykket af at hun selv var skyld i det, når hun var udeblevet uden afbud. Men hun ville gerne tale om det tilbud de havde givet hende dengang og høre om jeg havde nogle erfaringer. Jeg henviste hende igen, men det var jo alt for sent. Hun døde for 1 måned siden.

Havde hun været min patient havde jeg ringet til hende, da beskeden om udeblivelsen kom og spurgt ind, tilbudt hende en tid. Måske havde hun været her i dag fordi hun tog imod operationen, måske havde hun ikke, men havde haft mere ro omkring sit valg.

Dette er blot to eksempler, men der er mange flere bare i vores lægehus hos patienter, der kommer fra klinikker med stor udskiftning af læger, hvor lægerne ikke kender patienterne. Vi har også andre patienter, der flytter til, som kommer fra almindelige PLO-klinikker og der er godt nok langt mellem syltede patienter i denne gruppe. Lidt stof til eftertanke.

Os, der ejer vores klinikker og har investeret, ofte store summer penge, vil vores patienter på en helt anden måde end de læger, der ansættes. Man har slet ikke den samme ansvarsfølelse, når man er ansat. Og hvis der er bedre forhold et andet sted, så rykker man jo bare videre. Det gør man ikke på samme måde i en PLO-klinik. Vi er ærekære og vil vores patienter det bedste.

Og det er netop det, der bekymrer mig. Den bedste behandling får patienterne, når vi læger kender dem. Men vil de læger, der er sådan fortsætte under de vilkår, de nu ser ind i?

De ældste AP'ere taler om tidligere pension. De yngre taler om at sadle om - det var ikke dette de sagde ja til. Os der er midt i mellem overvejer fremtiden. Jeg har da i hvert fald brugt den første uge af min egen sommerferie på at se efter andre muligheder.

I lover borgerne noget I ikke kan holde - de får aldrig en "egen læge" og I leger tilmed med de syggestes helbred, når I taler for flere koncernklinikker/regionsklinikker med udskiftning af læger og sanktioner mod PLO-klinikker i stedet for at arbejde mod bedre vilkår for de pressede læger i PLO-klinikkerne.

Det er ikke en hjælp af presse mine storbykollegaer med flere patienter uden flere penge, så jeg kan få færre patienter i mit lægedækningstruet område uden at få færre penge, for dem jeg så ikke skal passe, skal tilbage til skiftende læger og lege med helbredet (for der er ikke PLO-klinikker til at overtage dem herude).

de sygeste. Der vil altid være folk, der er utilfredse, men det er dem med flest ressourcer, flest fritidsinteresser og flest sundhedsforsikringer, der klager og sådan vil det altid være. Det vil ikke ændres. Det eneste der ændres er desværre at de sygeste bliver sygere for der bliver færre læger, der vil passe dem - og dem der vil, kender dem ikke.

I er godt og grundigt i gang med at ødelægge verdens bedste og billigste primærsektor, hvis I fortsætter. Men hvis det er det, I vil, så vinder de stærke og de svageste taber. Og om 10 år tør jeg godt sige; "I told you so, men ingen lyttede, heller ikke Sophie".

De bedste hilsner
Mia Søe Pedersen
Praktiserende læge i Høng, Kalundborg Kommune

Att: sundhedsministeren

Kære Sophie Løhde

Jeg er læge og om knap halvdelen år speciallæge i almen medicin. Jeg er en af den slags læger der er behov for allermest og som snart skulle ud og gøre en stor forskel for sundhedsvæsenet. Jeg skriver angående det nye lovforslag om ændring af almen praksis.

Jeg forstår til fulde ønsket og nødvendigheden for at forsøge at bedre et presset system. Jeg mærker presset på min egen krop. Men når det laves en så grundlæggende forandring i mine kommende arbejdsforhold, har jeg svært ved at se hvordan vi kan lykkes med at bedre sundhedsvæsenet

Jeg tror på at kendskab til patienten gør en forskel. Jeg tror på at når man bogstavelig talt tager ejerskab af en hel klinik og 1600 patienter, vender man kontinuitet, faglighed, patienttilfredshed, patientsikkerhed og effektivitet.

Når man så vælger at fralægge dialog med PLO, dikterer arbejdsopgaver og truer med fratagelse af ydrenummer, hvis ikke de bliver foretaget, hvorfor skal man så ege en praksis? Hvem tilgodeser mig og mine patienters behov i det system?

Hvori består det selvstændige i den slags virksomhed? Hvori består mit sikkerhed i at når jeg har lagt tid, ressourcer, oplæring ind i min praksis og personale at det så ikke tages fra mig eller region laver nye opgaver der ændrer mine arbejdsforhold og det system jeg har opbygget?

Jeg vil gerne vi spiller hinanden gode. Jeg tænker alle vil samme sted hen. Mere sundhed og mere mening for pengene. Men det udspil, var helt konkret jeg har svært ved at se mig som ejer i det system.

Det betyder at jeg og flere kollegaer ser mere på andre muligheder for arbejde end min praksis. Både i det private, industrien eller udlandet. Jeg taler med kollegaer der ikke ønsker hoveduddannelsen i almen medicin grundet den usikre fremtid. Flere læger der aktuelt er i HU har i forvejen undersøgt alternativer når de bliver speciallæger grundet det høje arbejdspress. Desværre kan lovforslaget ende med dårlig rekruttering hvis ikke det fundamentalt bliver lavet om i den.

Hvis regionerne skal styre alt i praksis må i købe flere regions klikker. Det ved jeg flere yngre lærer fint kan se sig i. Men det med at styre privat erhvervsdrivende som der foreslås, giver ikke grobund for god dialog.

Håber det ovenstående til efterretning

Med venlig hilsen

Michael Sahlholdt Høeg, hoveduddannelseslæge i almen medicin, region midt

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Fra: Mikkel Saxov (mikkel-saxov@hotmail.com)
Titel: Bekymringsmeddelelse vedrørende lovforslag L 212, L 213 og L 214.
Sendt: 06-08-2025 08:16

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til sundhedsministeren

Bekymringsmeddelelse vedrørende lovforslag L 212, L 213 og L 214.

Som praktiserende læge føler jeg det er min pligt at sende min yderste bekymring vedrørende konsekvensen af nævnte lovforslag.

Indføres loven vil vi praktiserende læger miste indflydelse på vores klinikdrift og arbejdsdag. Uden mulighed for at have indflydelse på arbejdsdagens længde eller vores arbejdsopgaver vil vi miste vores engagement i vores egne klinikker.

Mange af os har investeret meget både personligt og økonomisk i vores klinikker. Det gør vi gerne for at give vores patienter en god behandling. Vi arbejder gladeligt +50 timer om ugen og svarer mails både aften og weekend. Vi kender vores patienter og følger dem tæt. Vi forebygger indlæggelser ved netop at have kontinuiteten og vi kan handle når vi ser ændringerne hos en patient. Det sparer penge og det skaber sundhed, men kræver også en stor indsats og fleksibilitet. Vi gør det gerne og vi kan lide det. Vi kan lide den frihed det giver os at kunne bestemme over vores hverdag. Vi kan lide at se, at knokler vi mere, tjener vi mere og vores klinikker fungerer bedre. På disse punkter er vi helt som alle andre.

Med indførelsen af lovforslag L 212, L 213 og L 214, fjerner man vores mulighed for at bestemme selv og vores initiativ til at yde mere. Dette vil kvæle mange praksisser.

Jeg er læge, men jeg er først og fremmest menneske. Jeg gør det som er bedst for min familie og mig selv. Smadrer i praksis, finder jeg på noget andet at lavet. Jeg søger væk. For vilkårene som lovforslaget indeholder skaber en hverdag som jeg ikke ser mig selv i. Personlig er jeg ærgelig over at miste det jeg har bygget op i min praksis. Det vil medføre et økonomisk tab. Jeg skal imidlertid nok klare mig. Mine kompetencer kan bruges andre steder. Men jeg er oprigtig bekymret for mine patienter. Bliver de overladt til en regions eller koncernklinik? Jeg er bange for tilbuddet bliver markant dårligere. Billedet er det samme landet over. Vi ved at en fast læge med kontinuitet skaber mere sundhed og længere liv. Samtidig ses manglende kontinuitet i netop regions og koncernklinikkerne.

Jeg er 45 år og praksisejer i Aalborg. Min praksis har godt 3800 patienter tilknyttet. Jeg havde tænkt at blive ved som praktiserende læge i mindst 20 år fremover. Men ikke mere. Allerede nu er jeg i gang med at se hvordan jeg kan afvikle praksis når lovforslaget vedtages. Jeg tror rigtig mange af mine kollegaer har samme tanker.

Med lovforslaget vil i ødelægge vores primærsektor i Danmark og skabe dårligere adgang og mere ulighed.

Med venlig hilsen
Mikkel Saxov
Lægerne i Hasseris
Nordvestvej 31
9000 Aalborg

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Annika Bonde (annb@sum.dk), Gro Kari Holen (GKH@SUM.DK)
Fra: Monica Kvorning (monicakfk@gmail.com)
Titel: Bekymring hos yngre læge
Sendt: 13-07-2025 11:56

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære Sundhedsministerium.

Jeg er yngre læge og står aktuelt overfor valget omkring specialisering, hvor praktiserende læge er en af mine overvejelser, men som jeg nu tvivler stærkt på.

Jeres aktuelle lovforslag gør mig meget bekymret for, om mange af de dele, der tiltaler mig ved specialet mistes. Jeg frygter, jeg kun vil blive endnu mere presset end mine kolleger allerede er, og at det vil gå ud over min faglighed og mine patienter.

Jeg håber, I vil droppe dette forslag og finde en anden måde at løse det stigende patientpres på i samarbejde med vores fagforening, da jeg tror dette vil have store negative konsekvenser.

Med venlig hilsen,
Monica Kvorning

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk), Annika Bonde (annb@sum.dk), Gro Kari Holen (GKH@SUM.DK)
Fra: Morten Jørgensen (MortenBaek@outlook.dk)
Titel: Høringssvar til udkast til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud
Sendt: 08-08-2025 23:08

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsministeriet

Jeg skriver dette høringssvar som praktiserende læge og som repræsentant for den del af sundhedsvæsenet, der dagligt står i forreste linje i mødet med borgerne. Lovforslag 2B rummer elementer, der i sin nuværende form risikerer at underminere det fundament, almen praksis er bygget på – nemlig ansvar, faglighed, fleksibilitet og engagement.

Almen praksis i Danmark løfter en enorm opgave. Vi håndterer op mod 90-95 % af alle patientkontakter for blot 7-10 % af sundhedsbudgettet. Dette gør vi med høj patienttilfredshed, lavt sygefravær og med en stor grad af kontinuitet, som sikrer kvalitet og effektivitet i behandlingen. Alligevel lægges der nu op til en reform, hvor staten og regionerne får mulighed for at detailstyre vores arbejdsvilkår – uden samtidig at tage ansvar for de økonomiske og administrative byrder, der følger med.

I praksis betyder det, at vi som privatpraktiserende læger fortsat skal betale for husleje, personale, kurser, it-drift og sygefravær – samtidig med, at rammerne for vores virksomhed og faglige råderum bliver stramt reguleret af myndighederne. Det er en grundlæggende ændring af det partnerskab, almen praksis hidtil har været funderet på, og det skaber usikkerhed og frustration blandt mange kolleger – særligt blandt de yngre læger, som ellers kunne have været fremtidens praktiserende læger.

Når der tales om nødvendigheden af detailstyring – herunder faste åbningstider – er det vigtigt at forstå, at vores sundhedsvæsen ikke er gearet til, at almen praksis skal fungere som et døgnåbent tilbud. Vi har ikke adgang til rådgivning fra hospitalerne efter kl. 15, laboratorierne lukker, og henvisningssystemerne er kun aktive i dagtimerne. Det gør det hverken fagligt forsvarligt eller økonomisk meningsfuldt at holde længere åbent, blot for syns skyld.

Samtidig skaber forslaget en urimelig asymmetri mellem regionsklinikker og de privatdrevne praksis. Regionsklinikkerne kan drives med fuld løn, ingen personlig økonomisk risiko og med offentligt betalte lokaler og personale. De samme muligheder gives ikke til de læger, som har valgt at investere egne midler og tage ansvar for at opretholde et tilbud lokalt. Det opleves ikke bare som konkurrenceforvridning – det føles som ekspropriation uden kompensation.

Jeg har selv, som mange andre kolleger, investeret både økonomisk og personligt i min praksis. Vi har etableret moderne klinikker, ansat dygtige medarbejdere og skabt rammer, der både understøtter trivsel og høj kvalitet. Vi gør det, fordi vi tror på modellen – ikke for at berige os selv. Men når vores faglighed og selvstændighed gradvist nedbrydes af politiske initiativer og centralt dikterede krav, så risikerer vi at miste det, der gør almen praksis velfungerende.

Det er også vigtigt at adressere, at den aktuelle lægemangel i høj grad er resultatet af politiske prioriteringer – herunder styring af optag på universiteter og hoveduddannelser. Den kan ikke alene løses ved at gøre vilkårene dårligere for dem, der allerede arbejder i almen praksis.

Hvis målet er at sikre rekruttering, fastholdelse og geografisk lægedækning, er løsningen ikke central styring og ensretning. Løsningen er tillid til fagligheden, fleksible rammer og fair vilkår, der giver plads til, at læger fortsat ønsker at tage det ansvar, der følger med at være selvstændig praktiserende.

Der er allerede nu flere yngre læger, der udskyder eller helt opgiver at købe sig ind i praksis. Og mange ældre læger nærmer sig pension uden at kunne finde en afløser. Hvis denne udvikling fortsætter, vil vi ikke kunne opretholde det nære sundhedsvæsen, borgerne har brug for.

Til slut vil jeg opfordre til, at man genovervejer de dele af lovforslaget, der indebærer øget kontrol og mindsket fagligt råderum. Vi praktiserende læger er ikke modstandere af forandring – men vi ønsker, at forandringen skal ske i respekt for det, der allerede virker. Vi er ikke problemet. Vi er en del af løsningen.

Den kæmpe udfordring med at der mangler praktiserende læger i Udkantsdanmark vil løses over de næste 10 år, hvis i ellers vil lade være med at skræmme de unge læger væk. Der er mange på vej ind i faget og markedet vil blive mættet og tvinge folk længere ud fra de store byer. Det vil dog ikke ske hvis lægerne blot vælger et af de andre 38 medicinske specialer.

Med venlig hilsen
Morten Jørgensen

Praktiserende læge - Odense

Til: Bornholms Tidende (redaktion@bornholmstidende.dk), redaktion@tv2bornholm.dk (redaktion@tv2bornholm.dk), Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk), lea@wermelin.ft.dk (lea@wermelin.ft.dk), DR Bornholm (bornholm@dr.dk)
Fra: Rikke Westh (rikkejohn@hotmail.com)
Titel: Opråb fra de praktiserende lger Bornholm
Sendt: 31-07-2025 06:47

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Diagnosen er korrekt, men behandlingen er helt forkert

Da jeg startede som praktiserende læge i 2005, var der 31 praktiserende læger på Bornholm. Langsomt er de forskellige lægeklinikker i de små byer lukket, fordi der ikke stod en speciallæge i almen medicin klar til at nedsætte sig på Bornholm. Nu er vi 19.

Igennem de 20 år er arbejdet som praktiserende læge også blevet forandret en hel del.

Nu er vores patienter multisyge ældre, og en meget større del af udredningen og behandlingen er endt hos den praktiserende læge og vores konsultationssygeplejersker. Kronikerkontrollerne fylder en hel del. 60 % af vores patienter på Bornholm er over 60 år.

Den praktiserende læge er det sted i vores samfund, hvor man stadig kan komme kvit og frit med alt fra fodvorter, psykosociale problemer, attester, kroniske lidelser og kræftudredninger.

Vi er på Bornholm lægedækningstruede, og det er umådeligt svært at fylde vores uddannelsesstillinger — og endnu sværere at trække en speciallæge i almen medicin til øen.

Vi har arbejdet med problematikken i årevis – selvom det faktisk er regionernes ansvar at skaffe en fast egen læge til alle danskere – og vi ved efterhånden, hvad vores lægekollegaer ønsker.

Gode boliger, job til ægtefælle, godt socialt og professionelt netværk — listen er lang. Der er mange knapper at skrue på, hvis der virkelig investeres i at trække læger til Udkantsdanmark.

Der har igennem de sidste to år været et større arbejde i gang for at lave en solid plan med henblik på at løse Danmarks lægedækningsproblem, og vi bornholmske læger har stået på sidelinjen, klappet i hænderne og rost regeringen for at lytte til Strukturkommissionens anbefalinger. Senest var vores sundhedsminister, Sofie Løhde, på Folkemødet i min by og fortalte smilende om de mange nye læger, der vil komme ud i vandkantsdanmark.

Men nu klapper vi ikke længere...

Lovpakke 2, som er næste trin i sundhedsreformen, indeholder desværre elementer, som med stor sikkerhed vil udtynke Bornholm yderligere for praktiserende læger.

Man vil fratage de praktiserende læger rettigheder og muligheder for selv at bestemme og planlægge deres arbejde i egen klinik, og det er jo netop den mulighed for at få foden under eget bord, som virker tiltrækkende på de 80 % af de kommende praktiserende læger, der gerne vil være selvstændige i egen praksis.

Man vil centralisere magten og bestemme åbningstider, hvor mange patienter vi skal passe, og fjerne vores indflydelse på, hvilke arbejdsopgaver vi skal varetage — samt fjerne vores klagemuligheder. Vi fratages desuden forhandlingsretten og kommer ikke til at sidde i sundhedsrådene.

Jeg hører mange bekymringer fra de læger, som allerede er i uddannelse til at blive praktiserende læger. De tvivler på, om det er den rette uddannelsesvej at gå, og ældre kolleger ønsker at stoppe før tid.

Jeg frygter, at denne udanske og udemokratiske centralisering af vores handlemuligheder vil gå ud over bornholmerne og ikke skabe de 5.000 praktiserende læger, som Danmark går og venter på.

Jeg frygter, at flere af de bornholmske klinikker vil give op på praksislivet og dreje nøglen om. Det vil være katastrofalt for bornholmerne. Vi er nu kun 19 bornholmske praktiserende læger.

Hvordan sundhedstilbuddene i Danmark tilrettelægges, er i alles interesse. Vi har alle — hver og én — brug for en egen læge. Helst en, der kender os godt. Forskning viser, at det giver bedre sundhed og behandling for den enkelte.

Det er vores alles folkevalgte politikere, som tager beslutningerne om vores fælles sundhedsvæsen på vores vegne. De bør lytte, gå i dialog og sætte sig ordentligt ind i konsekvenserne, før de tager livet af din praktiserende læge, som du kender den i dag.

Jeg vil opfordre vores sundhedsminister og vores politikere til grundig dialog — og jeg inviterer jer gerne indenfor i min arbejdsdag på Bornholm.

Hilsen

Din praktiserende læge

Rikke Hjorth Westh

Og alle de andre 18 praktiserende læger på Bornholm.

Hvad har du og dine embedsmænd dog gang i, Sophie Løhde??

Mange af os almenmedicinere var begejstrede, da Sundhedsstrukturkommissionen udgav sin rapport: Mere fokus på det primære sundhedsvæsen og det almenmedicinske område! Begejstringen varede hos en del af os ved, da du præsenterede den politiske aftale om Sundhedsreformen i efteråret 2024. Jeg var specielt tryk ved, at du med din erfaring og indsigt i området var sundhedsminister – og fortsat er sundhedsminister nu her, hvor reformen skal implementeres. ”Med Sophie Løhde ved roret, skal det jo nok komme godt i mål!” Min optimisme på patienternes vegne var stadig stor og helt intakt.

Men 1. juli så hoppede kæden af. Lovpakke 2 om ændring af sundhedsloven blev offentliggjort og sendt i høring den dag.

Kæden hoppede helt af – både af det forreste kædehjul (de praktiserende læger), der skal trække og af det bageste kædehjul (patienterne), der skal hjælpes på vej. Med andre ord lægges der op til en omfattende disruption af et uhyre vigtigt område for patienterne – et område, der også efter lægernes opfattelse burde videreudvikles incl. med nødvendige ændringer.

Lovforslaget emmer af mistillid til de nuværende praktiserende læger og tegner en fremtid, som de unge læger, der ellers var på vej til almen praksis, slet ikke kan se sig selv i. Talrige unge læger har sagt fra i skuffelse og frustration de seneste uger – og deres organisation, FYAM, har forsøgt at råbe dig og dine politikerkolleger op.

For 12 år siden var der udsigt til konflikt mellem de praktiserende læger og regioner/Folketing. Tillidsbruddet i 2013 medførte en lang periode, hvor rekrutteringen til det almenmedicinske speciale var svækket – de unge læger turde den gang ikke vælge et speciale med ”ævl og kævl” og usikre politiske signaler.

I de sidste par år har vi så endelig fået rettet op på udsigterne til en fremtid i almen praksis – og de politiske udmeldinger sidste efterår om en kraftigere satsning på primærsektoren og de praktiserende læger – ja, det var sød musik også i de unge lægers ører.

FYAM har flere gange undersøgt de unge lægers ønsker med hensyn til deres fremtid i almen praksis – og billedet har hver gang været helt entydigt: De unge læger på vej mod almen praksis ønsker at blive selvstændigt praktiserende læger (i flerlægepraksis’er) efter den kendte model for almen praksis. Kun et fåtal ønsker at være ansatte læger på sigt – og endnu færre ønsker at være ansat i en regionsklinik.

Vi ser nu alt for tydeligt, at lovforslaget betyder:

- Mange af de nuværende praktiserende læger tvivler på fremtiden, så en (for) tidlig afgang fra praksis er en realistisk udvej for mange
- Mange unge læger på vej mod almen praksis tvivler så meget på fremtiden, at en del vil skifte karrierespor

- Mange af de helt unge læger, der skal vælge speciale, vil ikke vælge almen medicin til, så der vil blive mange ubesatte uddannelsesstillinger – specielt perifert

Og det betyder, at det politiske og faglige mål på 5000 praktiserende læger i 2035 er helt, helt urealistisk. Det betyder også, at hele reformen, der bl.a. skulle sikre alle patienter en praktiserende læge tæt på (og en læge med tid til den enkelte patient) vil falde på gulvet.

Hvor sørgeligt – hvor sørgeligt for Danmarks patienter (= os alle).

Kan dette ændres, så det ikke går galt?

SKADEN ER SKET! – ja, såvel nuværende praktiserende læger som de yngre læger sidder nu med den klare opfattelse af, at politikerne så alligevel ikke vil almen praksis på trods af de pæne ord sidste efterår. Mistilliden til politikere og embedsværket fra de læger, der skal investere deres fremtid (og større summer i kroner og ører) i de enkelte klinikker og i en stærk almen praksis, ja den mistillid er plantet og har fået kraftig næring af dette lovforslag. Ja, nogle spørger sig selv: ”Hvordan kunne de finde på at gøre det på denne måde? Skræmmer sporene fra 2013 slet ikke? Skræmmer erfaringerne fra lærere og sygeplejersker slet ikke?”

Andre kolleger spørger: ”Forstår de slet ikke noget af det mest dyrebare i almen praksis – nemlig læge-patient kontinuiteten? En kontinuitet, der er specielt afgørende for de mest sårbare patienter”. Helt ny forskning i såvel Norge som Danmark har for alvor demonstreret, hvordan langvarig kontinuitet redder liv og begrænser unødvendige indlæggelser. Har sundhedsministeriet slet ikke den grundlæggende indsigt i kvaliteterne vores almen praksis sektor? Hvorfor får vi i dansk almen praksis så mange besøg fra de andre nordiske lande, fra de europæiske lande og ja faktisk fra hele verden? (I sidste uge sagde jeg ja til en 8-10 mands delegation fra Singapore, der kommer til maj næste år). Jo, det gør vi, fordi man anser vores almen praksis system som et af de bedste i verden. Men føler ministeriet virkeligt, at badevandet er så beskidt, at det skal hældes ud? – incl. barnet i form af bl.a. kontinuiteten.
* Jeg vedlægger et udklip fra Jyllands-Posten fra 2. august, hvor min kollega Merete Jørgensen på glimrende vis beskriver nogle af værdierne i almen praksis.

Kan skaden minimeres?

Ja, hvis du og ministeriet straks efter høringsfristen sætter jer ned sammen med repræsentanter fra almen praksis og faget almen medicin og taler jer frem til en fælles forståelse af problemerne, og hvor almen praksis skal bevæge sig hen. Det bør medføre, at lovforslaget ændres på meget væsentlige punkter. Vi må altså ikke skræmme de unge læger væk – den skade kan være uoprettelig!

PS!

1. Vi har i DSAM og PLO et ”Rekrutterings- og tilknytningsnetværk”. Vi har arbejdet på såvel rekruttering som forslag til ”seniorpolitik”. Dette arbejde giver ikke mening i disse dage – så længe dette lovforslag er på bordet, rydder det dagsordenen.
2. De 5 nordiske selskaber for almen medicin og de 5 nordiske almen praksis erhvervsorganisationer mødes hvert andet år – og det er næste gang om 3 uger. De

andre lande har været spændte på at høre om den fantastiske reform, vi havde stillet dem i udsigt efter Sundhedsstrukturkommissionen og de politiske udmeldinger. De ser dansk almen praksis som en form for ideal – nu skal de så om 3 uger møde danske kolleger med bedemandsansigter...

3. Personligt har jeg været praksisejer i 34 år, og jeg har nu solgt min klinikandel til en ung og dygtigere læge. Jeg har ikke noget personligt ”i klemme”. Grunden til dette brev er min kærlighed til faget og specialet, og min meget dybe bekymring for fremtidens patienter – de fortjener, at vi sammen gør det bedre. De burde også kunne forvente det netop nu, hvor mulighederne faktisk er der for, at det kan lykkes.

Aarhus, 6. august 2025.

Med bekymrede hilsner,

Roar Maagaard, speciallæge i almen medicin
Formand for Nordic Federation of General Practitioners.

*) Udklip fra Jyllands-Posten 2. august 2025: Læserbrev af Merete Jørgensen, pensioneret praktiserende læge.

Hvordan råber man politikerne op?

MERETE JØRGENSEN

Tidligere praktiserende læge, ekstern læge, ph.d., Frederiksberg

Politikere vil med den nye sundhedsreform styre de rammer, hvorunder lægerne skal praktisere, men er det nu ikke en dårlig idé?

Patienten går til lægen med en bekymring. Bekymring er en subjektiv følelse, afhængig af hvem man er, hvad man har oplevet tidligere i livet, hvilken uddannelse man har, og hvilken social kontekst man lever i. Derfor spiller kendskabet til patienten en stor rolle. Et kendskab, der ikke genfindes i regionsklinikker eller privat drevne klinikker med skiftende læger.

Med sundhedsreformen er man godt i gang med at skræmme ældre læger til at gå på pension og yngre læger til at vælge et andet speciale. Hvis det sker, falder hele idéen med det nære sundhedsvæsen til jorden.

Almen praksis handler om meget andet end at tage et blodtryk, lytte på lunger og tage blodprøver. Det handler om alt, der foregår i det interpersonelle rum, hvor patientens jeg og lægens jeg mødes.

At skulle præsentere sine symptomer for sin sædvanlige læge (og ikke en forbipasserende læge på en regionsklinik) har en helbredende virkning.

Årskontroller af kronisk syge er blevet pålagt os i en tro på, at patienten bliver sundere af det. Men vi ved ikke, om det hjælper på sundheden. Blodprøverne bliver pæne, men betyder det, at patienten bliver gladere og lever længere? Sundhed handler også om livskvalitet.

Læger kender deres patienter og familier ud og ind. De samme

symptomer kan betyde noget helt andet hos hr. Jensen end hos hr. Olsen. Lægen kender hr. Olsens kone og ved, at hun plejer at klare mandens almindelige sundhedsmæssige problemer med en Pano-dil og lidt omsorg.

Når hun har givet op og sender manden til læge, kan det være alvorligt. Jensen er en hyppig gæst i praksis uden familie og med lav bekymringstærskel, så når han kommer for tredje gang med de samme symptomer, så er det snarere udtryk for hans manglende sociale liv. Men det skal lægen vide, så han ikke sender ham videre til den mere udgiftstunge sekundærsektor.

Denne store viden om patienterne har den praktiserende læge opbygget gennem mange årtier. Vi kender deres fremtræden, når de er raske, og bemærker intuitivt de mindste forandringer i måden, de bevæger sig på, i deres ansigts-træk, i hudfarve, i vægt og meget mere.

Vi skal uddanne næste generation af praktiserende læger, så de også kan være i faget og opbygge denne ekspertise. Jeg underviser kommende speciallæger og hører deres indbyrdes samtaler.

Har de unge lyst til at være i faget med øget styring, øget patientantal, øget åbningstid samt alle de yderligere opgaver, der bliver overført fra sekundærsektoren, hvis de ikke selv kan være med til at tilrettelægge rammerne? Jeg tvivler. Spørger man de kommende almenmedicinere, er det netop friheden til at selv at sætte rammerne, der får dem til at vælge netop specialet almen medicin.

Psykologer får en time til hver patient, vi får et kvarter! Efter 35 år



Med sundhedsreformen er man godt i gang med at skræmme ældre læger til at gå på pension og yngre læger til at vælge et andet speciale. Hvis det sker, falder hele idéen med det nære sundhedsvæsen til jorden, skriver Merete Jørgensen. Arkivfoto: Emma Sejersen

som praktiserende læge ved jeg, hvor træt i hovedet man er fredag eftermiddag, når man har skullet forholde sig til nye problemstillinger hvert kvarter i fem dage og samtidig være imødekommende, empatisk, lyttende og give individuelt tilpasset behandling til hver patient.

Udover at forholde sig til patienterne skal den praktiserende læge også forholde sig til sekretærenes brok over arbejdsmængden, sygeplejerskens stresssygemelding, afløbsproblemer på toiletterne, sammenbrud af edb og kaffemaskine, indkøb af diverse materialer og maskiner, huslejekontrakter og meget mere, som ikke har noget med den lægefaglige indsats at gøre. Lad dog praktiserende læger selv bestemme, hvordan de bedst klarer dette job.

Det vigtigste i almen praksis, nemlig forholdet og kendskabet til patienten, er dyrebart og uerstatteligt. Lad dog være med at skræmme de ældre læger væk og inspirere de nye læger til at vælge et andet speciale ved at styre rammerne.

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: lea.wermelin@ft.dk (lea.wermelin@ft.dk), christoffer.melson@ft.dk (christoffer.melson@ft.dk), rosa.eriksen@ft.dk (rosa.eriksen@ft.dk), jens.henrik.thulesen.dahl@ft.dk (jens.henrik.thulesen.dahl@ft.dk), 'louise.brown@ft.dk' (louise.brown@ft.dk), per.larsen@ft.dk (per.larsen@ft.dk), lise.bertelsen@ft.dk (lise.bertelsen@ft.dk), Peter.Kofod@ft.dk (Peter.Kofod@ft.dk), kirsten.normann.andersen@ft.dk (kirsten.normann.andersen@ft.dk), peder.hvelplund@ft.dk (peder.hvelplund@ft.dk), stinus.lindgreen@ft.dk (stinus.lindgreen@ft.dk), karin.liltoft@ft.dk (karin.liltoft@ft.dk)
Fra: Sofie Skriver (sofieskriver@gmail.com)
Titel: Vedr. forslag om ændringer i almen praksis
Sendt: 07-07-2025 14:47

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til sundhedsminister Sophie Løhde

Kære Sophie Løhde
CC: sundhedsordførerne

Jeg er uddannelseslæge i almen praksis i Lystrup og har ét år tilbage af min hoveduddannelse. I årevis har jeg glædet mig til – og arbejdet målrettet hen imod – et liv som selvstændig erhvervsdrivende i en veldrevet klinik med høj faglighed, ansvar og omsorg for mine patienter. Et arbejdsliv med balance, hvor jeg selv har indflydelse, og hvor der er harmoni mellem arbejde og familieliv.

Jeg er nu endelig færdig med hospitalsdelen af min uddannelse – en tid, hvor jeg ofte følte mig låst på hænder og fødder. Jeg blev kaldt ind på fridage, arbejdede juleaften og måtte gang på gang se mine børn for lidt. Forslag til forbedringer blev kvalt i store, tunge systemer. Kollegaerne skiftede konstant. Jeg følte mig som en lille brik i en enorm maskine – og længtes efter noget andet.

Det fandt jeg i almen praksis. Jeg elsker min hverdag. Kontakten med patienterne, bredden i opgaverne og den faglige forankring. I går ringede en patient, Per, som jeg har fulgt gennem tre måneders kræftudredning. Han ringede blot for at sige tak – fordi jeg havde været der, når han ringede eller skrev. Fordi jeg tog ansvar og hjalp ham igennem forløbet – og greb ham, da hospitalet slap ham. Jeg er hans læge. Han er min patient. Det er relationen, der gør forskellen – og den er kun mulig, fordi vi som praktiserende læger har rammerne og friheden til at være nærværende og tilgængelige.

Vi arbejder hårdt i min klinik. Ja, vi er pressede, men vi har stadig mulighed for selv at sætte grænserne for, hvor mange patienter vi ser, og hvordan vi tilrettelægger vores dage. Den autonomi er altafgørende for, at det er et arbejdsliv, man kan holde til – og trives i.

Med den aktuelle honorarmodel, hvor vi er akkordlønnet, er der et økonomisk incitament til at knokle. Hvis jeg vælger at proppe én mere patient ind i programmet, tjener jeg tilsvarende mere. Så pyt med, at jeg ikke når min kaffepause – jeg går aldrig på kompromis med fagligheden i mødet med en patient. Det er den fleksibilitet og ansvarlighed, som akkordmodellen understøtter, og som gør det muligt at få klinikken til at hænge sammen.

I lægevagten er vi også akkordlønnet. Det giver mening: Vi knokler, men vi når mange patienter. Jeg mærker da godt, at det kan virke tillokkende at arbejde i regionens natberedskab, hvor man får ét fast honorar – og dermed har tid til at trække vejret mellem patienterne, tage pauser og komme på toilettet. Det lyder som et rart arbejdsmiljø. Men det er ikke nødvendigvis en effektiv måde at drive almen praksis på, hvis vi skal kunne hjælpe flest muligt. Bliver vores løn fast – uden akkord – vil tempoet blive sat ned. Det er jeg ikke i tvivl om. Det bliver dyrere for samfundet og dårligere for patienterne.

Nu har jeg blot ét år tilbage af min uddannelse, og jeg kan endelig skimte målet. Men med det fremlagte

lovforslag føles det, som om målet bliver revet væk under mig. Den fremtid, jeg har kæmpet mig frem imod gennem ti år, er pludselig forandret.

Siden jeg blev færdig som læge i 2014, har jeg været i konstant bevægelse. Præ-KBU i Silkeborg. KBU i Horsens. Derefter et kapløb mod fireårsreglen og jagt på de rette stillinger. Ét år på medicinsk afdeling i Horsens. Et halvt år i almen praksis i Aarhus. 2,5 års ansøgninger til min drømme hoveduddannelsesstilling i almen. 3 børn undervejs. Ni måneder i socialmedicin, lidt i psykiatrien. Og så: hoveduddannelsen. Almen praksis i Auning, medicinsk afdeling i Randers, pædiatri, gyn/obs, psykiatri, akutmodtagelsen. Tilbage til praksis i Auning – og nu mit sidste år i Lystrup.

Det er en slidsom rejse. Mange brænder ud. Mange bliver syge. Men jeg holdt fast, fordi jeg troede på målet. Nu føles det, som om hele fundamentet for den fremtid, jeg har kæmpet for, bliver fjernet – for mig og for mine mange dygtige, engagerede og omsorgsfulde kollegaer under uddannelse til almen praksis.

Personligt overvejer jeg nu orlov fra min uddannelsesstilling. Måske skal jeg slet ikke være læge. Den tanke har strejft mig flere gange undervejs – men med det nuværende lovforslag orker jeg ikke mere. Jeg føler mig holdt for nar.

Jeg ønsker ikke at være praktiserende læge under de betingelser, der nu lægges op til. I stedet må jeg måske søge over i forskning, undervisning, kvalitetssikring eller det private. Men jeg vil ikke piskes mere. Jeg vil ikke længere kontrolleres på hænder og fødder.

Jeg håber inderligt, at I trækker forslaget tilbage. Den version af almen praksis, I nu skitserer, er ikke den, jeg har brugt 16 år af mit liv på at blive en del af. Det er ikke en fremtid, jeg kan se mig selv i. Og så må jeg, ligesom mange andre, se mig om efter en anden vej – måske helt uden for faget.

Med venlig hilsen

Sofie Skriver

Fase 3-hoveduddannelseslæge i almen medicin

Til: karin.liltoft@ft.dk (karin.liltoft@ft.dk), jens.henrik.thulesen.dahl@ft.dk (jens.henrik.thulesen.dahl@ft.dk), Peter.Kofod@ft.dk (Peter.Kofod@ft.dk), per.larsen@ft.dk (per.larsen@ft.dk), peder.hvelplund@ft.dk (peder.hvelplund@ft.dk), 'louise.brown@ft.dk' (louise.brown@ft.dk), rosa.eriksen@ft.dk (rosa.eriksen@ft.dk), peter.have@ft.dk (peter.have@ft.dk), stinus.lindgren@ft.dk (stinus.lindgren@ft.dk), maria.durhuus@ft.dk (maria.durhuus@ft.dk), lea.wermelin@ft.dk (lea.wermelin@ft.dk), kirsten.normann.andersen@ft.dk (kirsten.normann.andersen@ft.dk), christoffer.melson@ft.dk (christoffer.melson@ft.dk), Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)

Fra: Stine Just Klitgaard (stine_just2@hotmail.com)

Titel: "Bliver du her så?"

Sendt: 08-08-2025 18:35

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære sundhedsordførere og sundhedsminister

Pr. 1/1-25 nedsatte jeg mig som praktiserende læge. Noget, jeg har set frem til og arbejdet hen imod i mange år. Dét jeg hyppigst har hørt fra patienterne er "Bliver du her så?". Dét der betyder noget for patienten, er at have en fast læge.

Det giver mening af have kendskab til patienten, herunder sygehistorie, sociale forhold, ressourcer mm. I konsultationen kan patienten og jeg bruge tiden bedre, når vi sammen kan bygge videre fra det gensidige kendskab til hinanden. Vi kan via fælles dagsorden lave den bedste plan for evt. udredning, behandling, opfølgning, som skræddersyes til den enkelte patient. Jeg kan reagere rettidigt, når patienten fremtræder anderledes end vanligt, f.eks. mere forpustet, mere bleg eller med et vægttab.

Det giver flere lægetider, når lægen kender patienten. Ved skiftende læger, bruges meget af tiden på evt. tidligere forhold, der kan have betydning for sygdomsbilledet eller ny forventningsafstemning. I samråd med patient og pårørende, drøfter vi patientens ønsker for behandling og niveauet for dette, herunder også hvornår der ønskes eller ikke ønskes indlæggelse, eller der ikke længere lægeligt er udsigt til bedring ved f.eks. indlæggelse. Det giver tryghed for patient, pårørende, plejepersonale og modvirker uhensigtsmæssige indlæggelser, der ikke gavner patienten og tværtimod belaster sekundærsektoren.

I almen praksis arbejder vi utrolig bredt og tværfagligt. Vi tager os af den i øvrigt raske patient, der rammes af depression og har behov for behandling og opfølgning i en periode, for at komme på fode igen og genoptage arbejdet. Vi passer også på alle de patienter, der ikke har en stærk patientforening i ryggen og derved ikke kan råbe op for bedre vilkår og behandling; alle de patienter, der ikke repræsenteres i store nye pakker, og derved overses. Vi tager os af de patienter, der står svagest; dem, der risikerer at blive "gøgeunger" i et system, hvor der desværre ikke er ressourcer til rådighed. Den patient, der har flere kroniske lidelser, dalende funktionsniveau, et ikke-eksisterende socialt netværk, sparsomme ressourcer, førtidspension, har jeg som vedkommendes praktiserende læge et større blik for, fordi behovet er der - og fordi jeg som læge i almen praksis nu har opbygget kendskabet - og aktuelt har muligheden! Jeg kan i min dagligdag i praksis uden detailstyring prioritere ud fra mit opbyggede kendskab til patienten og tilgodese de patienter, der har mest behov for det uanset baggrund.

Lægemanglen bliver ikke mindre af skiftende læger og patientforløb uden kontinuitet. Det sparer lægetid, at have kendskab til patienten og vi kan bruge tiden mest hensigtsmæssigt. At lære patienten at kende tager tid og lægetid mangler vi!

At udvide åbningstiden giver ikke flere lægetider eller mere kontinuitet, tværtimod. Ved åbningstider sent eller i weekend, må vi lukke på andre tidspunkter, som forringer tilgangen for de patienter, der er mest skrøbelige og har mest behov for kontinuitet. Jf. EU's arbejdstidsdirektiv må man desuden ikke have en gennemsnitlig arbejdstid over 48 timer pr. uge indenfor en periode på fire måneder.

Detailstyring udtænkt langt fra dagligdagen af faggrupper, der ikke har sat fødderne i mulden af almen praksis, vil skabe "pseudosundhed" og spille dyrebare ressourcer økonomisk og lægefagligt, dvs. vi kommer til at bruge tiden på at opfylde mål, der ikke giver mere sundhed, tværtimod fjerner det vores mulighed for at gøre det, vi er bedst til - det fjerner tiden fra patienterne.

Der brænder en ild i os praktiserende læger - for at være der for vores patienter, for at medvirke og samarbejde

til at lave et godt sundhedsvæsen, også i fremtiden med de udfordringer der er og fremover vil opstå. At binde os på mund og hånd ved at fjerne vores mulighed for indflydelse og fjerne vores forhandlingsret, vil kvæle vores ild og vi vil søge andre veje. Det er desillusionerende og bekymrende.

Vi har investeret personligt i vores klinikker og driver hver især virksomhed, som man ikke med et lovindgreb i et liberalt samfund burde kunne diktere over. Læs desuden min kollegas indlæg i Berlingske dd.; *“Det begynder at ligne ekspropriation. Bare uden erstatning. Det svarer til, at man pålagde alle landets frisører at følge en statslig klippevejledning, bruge præcis 19,5 minutter pr. kunde og sende daglige rapporter til Indenrigsministeriet. Man ville blive skaldet af mindre.”*

Hvem har ansvaret? Sophie Løhde peger på et flertal i Folketinget, som peger på kommissionen, som peger på Sophie Løhde, som peger på Folketinget, men ingen vil have titlen som ansvarlig fordi lovindgrebet er at gamble med vores sundhedsvæsen. Det er bekymrende. Jeg vælger at tro, at fornuften fortsat kan finde vej, ved at I lytter til kritikken og bekymringen omkring lovforslaget. Når man er advaret om konsekvenserne for vores alle sammens sundhedsvæsen ved lovpakke 2b, er det rettidig omhu at sadle om i tide.

Hvad jeg fremover svarer, når patienten forhåbningsfuldt spørger “Bliver du her så?”, må tiden vise.

Med venlig hilsen

Stine Just Klitgaard

Speciallæge i almen medicin, praktiserende læge.

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Annika Bonde (annb@sum.dk), Gro Kari Holen (GKH@SUM.DK)
Fra: Sudakaran Gnanasegaram (sgnanasegaram@gmail.com)
Titel: Bemærkninger til Lovforslag 2B
Sendt: 13-08-2025 11:47

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Sundhedsministeriet

Som læge i specialisering til almen medicin arbejder jeg dagligt i primærsektorens frontlinje. Her møder jeg borgere i alle aldre, socioøkonomiske grupper og med vidt forskellige sundhedsmæssige behov. Jeg kender systemets styrker — men også dets skrøbelige balancer.

Jeg deler målet i Lovpakke 2B om at styrke lægedækningen i yderområderne. Men jeg må advare mod, at de foreslåede tiltag risikerer at undergrave den nøglesten, der har gjort dansk almen praksis til en international styrkeposition: langvarig relationel kontinuitet mellem patient og egen læge.

1. Kontinuitetens afgørende værdi

Danmarks egen læge-model blev indført i 1973 som et bevidst politisk valg med sygesikringskort og frit valg af læge. Før den reform var adgangen til behandling præget af både geografisk og økonomisk ulighed. Et scenarie vi kan vende tilbage til med lovpakken 2B.

Siden har forskningen gentagne gange dokumenteret, at relationel kontinuitet ikke blot giver patienterne tryghed — den forlænger liv, reducerer akutte indlæggelser og forbedrer behandlingskvaliteten.

- BMJ-metaanalysen af Pereira Gray et al. (2018) viste blandt andet, at kontinuitet er associeret med signifikant lavere dødelighed og lavere forbrug af akutte ydelser.
- Internationale sundhedsøkonomiske analyser estimerer, at hvert brud i kontinuiteten medfører en stigning i udgifter til diagnostik og behandling uden målbare kvalitets gevinster.

Dette er derfor ikke en “blød værdi”, men en veldokumenteret, omkostningseffektiv sundhedsstrategi.

2. Dokumenterede risici ved de foreslåede ændringer

Lovpakke 2B foreslår en øget brug af regionsklinikker, central fastsættelse af åbningstider og bedre udnyttelse af tværgående bemandingsløsninger. Erfaringer fra Norge og Sverige, hvor lignende tiltag er implementeret, peger på en række utilsigtede konsekvenser:

- Vikar Baseret bemanding med hyppige udskiftninger.
- Faldende grad af personligt ansvar for patientforløb.
- Stigende mængde “defensiv” medicin og diagnostik, da læger uden patient kendskab ofte bestiller ekstra undersøgelser for at være på den sikre side.

Resultatet er flere dobbeltudledninger, længere forløb og højere udgifter — uden dokumenterbart bedre patientresultater. Det belastede hospitalssystem risikerer yderligere pres.

3. Problemet er rammerne — ikke modellen

Mangel på læger i yderområder skyldes ikke, at den selvstændige praksismodel er uddateret. Det skyldes, at rammevilkårene for at etablere sig i disse områder ikke matcher virkeligheden.

Andre sektorer har i årtier anerkendt behovet for målrettede incitamenter til nøglefunktioner:

1. Præster er blevet tildelt tjenesteboliger.

2. Forsvarets nøglepersoner tilbydes flyttepakker og boligordninger.

Tilsvarende kan almen praksis tiltrække og fastholde læger ved at tilbyde:

1. Etableringspakker der dækker flytte- og opstartsomkostninger.
2. Boligordninger eller tjenesteboliger i de første år.
3. Jobformidling til medfølgende partnere, så flytning bliver en realistisk mulighed.
4. Fleksible praksisformer og rotationsordninger, hvor især yngre læger kan prøve yderområder af uden livslang binding.

4. Supplerende strategier

Ud over rekrutteringstiltag bør lovgivningen fremme:

- Faglig understøttelse via mentorordninger, kollegiale netværk og opkvalificeringstilbud, så fagligheden i yderområder holdes høj.
- Telemedicinske løsninger, integreret som fast del af praksis, der reducerer transportafstanden for patienter og giver lettere adgang til specialrådgivning.

Begge dele er lavthængende frugter, der kan implementeres uden at skade kende principperne for almen praksis.

5. Det politiske valg

I sidste ende er Lovpakke 2B ikke kun en rekrutterings øvelse, men en værdipolitisk beslutning:

- Enten fastholder vi et sundhedsvæsen, hvor borger og læge kender hinanden, og hvor relationen er bærende for kvaliteten.
- Eller vi bevæger os mod et system, hvor patientforløb fragmenteres mellem skiftende behandlere med lavere samlet overblik.

Alt tyder på, at valg nummer to både er dyrere og giver dårligere sundhedsresultater på sigt.

Hvis vi vil løse lægemanglen, skal vi ikke begynde med at ændre den struktur, der virker. Vi skal gøre det attraktivt – både fagligt og personligt – at vælge de områder, hvor behovet er størst. Det kræver politisk vilje til at tænke i differentierede løsninger, der er skræddersyet til de enkelte lokalområders behov, frem for ensartede strukturer, der i praksis passer dårligt til virkeligheden uden for de store byer.

Lovpakke 2B handler i sidste ende om, hvilken type sundhedsvæsen vi ønsker. Vil vi have et system, hvor borgeren kender sin læge, og lægen kender borgeren – eller et system, hvor sundhedsvæsenet blot registrerer en række enkeltkontakter med skiftende behandlere? Når vi fjerner kontinuiteten, fjerner vi ikke blot en tryghedsfaktor, men et af de bedst dokumenterede redskaber til at forbedre folkesundheden. Det valg vil ikke kun få konsekvenser for patienterne i dag, men for hele sundhedsvæsenets bæredygtighed i fremtiden.

Anbefalinger til revision af Lovpakke 2B

1. Fasthold kontinuitet som et centralt princip for almen praksis.
2. Indfør målrettede rekrutterings- og fastholdelses incitamenters frem for strukturelle ændringer, der dokumenteret reducerer kontinuiteten.
3. Differentier løsningerne lokalt – undgå “one size fits all”-modeller.
4. Suppler med faglig støtte og digitale løsninger, der styrker både lægedækning og kvalitet.

At fastholde og styrke egen læge-modellen er ikke konservatisme for konservatismens skyld — det er en investering i det, der giver dokumenteret mest sundhed for pengene.

Med venlig hilsen

Sudakaran Gnanasegaram

Læge i specialisering til almen medicin (Fase 3)

Dato: 19.08.2025

Til

Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Fra

Thomas Birk Kristiansen
Praktiserende læge og medejer af Ishøjcentrets Læger
Ishøj Bycenter, 2635 Ishøj

Høringssvar vedrørende lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Lovforslaget er et frontalangreb på Danmarks internationalt anerkendte almenmedicinske model. Det vil ødelægge, hvad generationer har bygget op. Den danske model sikrer høj kvalitet, bred tilgængelighed og et personligt læge-patient-forhold, som borgere i mange andre lande misunder os. Det fremlagte lovforslag erstatter denne succes med et centraliseret kontrolsystem, hvor ensretning, detailstyring og sanktioner sættes i centrum. Forhandling og partnerskab, som hidtil har været drivkraften i udviklingen af almen praksis, skubbes til side.

Lovforslaget indfører en forvaltningsretlig styringsmodel, hvor ministeren og Sundhedsstyrelsen ensidigt fastlægger nationale krav, mens regionerne får ansvaret for faglig ledelse koblet direkte til sanktionsmuligheder. Samtidig afskaffes nærmest alle samarbejdsfora mellem myndigheder og praktiserende læger – fra de centrale partsudvalg om forskning, kvalitet og IT til de regionale samarbejdsfora. Mest grelt er det, at almen praksis ikke engang skal høres i forbindelse med nærsundhedsplaner, der direkte påvirker klinkernes dagligdag, mens patient- og pårørendeorganisationer ifølge lovforslag sikres høring.

Resultatet er en model, hvor praktiserende læger reduceres til passive modtagere af ensidige direktiver uden reel indflydelse på egen praksis eller sundhedsvæsenets udvikling. Dette markerer et fundamentalt brud med den dialog og partnerskabstanke, som hidtil har kendetegnet dansk almen praksis.

Der er altså tale om et fundamentalt opgør med en model, der virker. Risikoen er et system, der forringer patientbehandlingen, underminerer lægedækningen og svækker hele sundhedsvæsenet.

Lovforslaget nævner "*sanktion*" 24 gange, mens "*kontinuitet*" kun nævnes 5 gange. Det taler sit tydelige sprog: Fokus er på kontrol og straf frem for kvalitet og relation. En lov, hvor sanktioner fylder mere end kontinuitet, underminerer samarbejdsklimaet og risikerer at gøre almen praksis mindre attraktiv – både for nuværende og kommende læger. Og ikke mindst for patienterne.

Lovforslaget må ændres fundamentalt – minimumskrav

1. **Bevar aftalemodellen** – opgaver og økonomi skal fortsat fastlægges gennem forhandling mellem ligeværdige parter
2. **Garantér faglig indflydelse** – basisfunktionen må ikke kunne ændres uden lægefaglig accept og sikret finansiering
3. **Sikr uafhængighed** – Praksisklagenævnet skal placeres uafhængigt af regionerne.

4. **Fjern sanktionsfokus** – erstat trusler med samarbejde, faglighed og udvikling og opret et reelt uafhængigt praksisklagenævn.
5. **Respektér kerneværdierne** – kontinuitet, nærhed og en personlig læge med ejerskab skal være lovens fundament.

Kollaps for almen praksis

Lovforslaget skaber en grundlæggende strukturel og økonomisk uforudsigelighed. Når Sundhedsstyrelsen ensidigt kan ændre basisfunktionen ved bekendtgørelse, uden reel inddragelse eller forudgående finansiering, bliver investeringer i praksis reelt uansvarlige.

- En gennemsnitlig klinikinvestering på 2–4 millioner kroner er økonomisk uansvarligt under disse vilkår.
- Ingen rationel kliniker vil på eget initiativ investere i bygninger, inventar eller udstyr, når spillereglerne kan ændres fra dag til dag.
- Det vil bremse al udvikling og modernisering af almen praksis – netop dér, hvor patienterne har brug for flere ressourcer.

Det forstærkes yderligere af, at differentieringen i honorarstrukturen i realiteten er en nulsumsløsning: Halvdelen af lægerne vinder, mens halvdelen taber. Dermed skabes intern usikkerhed og rivalisering, som svækker hele fundamentet for stabile investeringer.

Lovens tempo er urealistisk: Man kan ikke forvente at løse lægedækningsproblemer gennem en reform, der indføres på få år, når det tager over et årti at uddanne flere speciallæger i almen medicin. Resultatet bliver, at man udhuler praksis hurtigere, end man kan bygge kapaciteten op.

Ejerskabsmodellens kollaps

Lovforslaget undergraver fundamentalt den ejerskabsmodel, som har været rygraden i dansk almen praksis siden aftalesystemets start. Når læger ikke længere kan regne med stabile vilkår og risikerer sanktioner uden reel retssikkerhed, bliver ejerskab økonomisk uansvarligt.

Konsekvensen er til gengæld forudsigelig: Fremtidens læger vil vælge tryk ansættelse frem for risikofyldt ejerskab. Men når det personlige ansvar og den faglige stolthed forsvinder, mister vi også:

- Lægernes villighed til at investere i egen klinikudvikling
- Den ekstra indsats ud over 'kontortid'
- Det lokale kendskab og den kontinuitet som ejerskab skaber

Alternativet – et system med offentligt ansatte læger i offentlige klinikker – vil kræve massive investeringer i bygninger og omfattende administration. Og patienterne vil opleve en mindre engageret og mere bureaukratisk lægebetjening.

Når myndighederne kan ændre vilkår og sanktionere vilkårligt, tvinges lægerne til at sikre alternative indtægtskilder gennem privatpatienter og forsikringsopgaver. Dette fjerner fokus fra kerneydelsen – behandling af sygesikringspatienter.

Erfaringerne fra 2011–2016: Et varsel, der ikke må ignoreres

Konflikten mellem almen praksis og myndighederne i årene 2011–2016 viser, hvor ødelæggende mistillid og konflikt kan være:

- Flere hundrede læger forlod faget permanent
- Investeringer i almen praksis blev sat på pause i årevis
- Tilliden mellem parterne blev ødelagt i et årti
- Patienterne mistede kontinuitet og nærhed

Med dette lovforslag rives såret fra overenskomstkonflikten op igen. Det foreslåede sanktionsnævn som reelt vil være under regionernes kontrol, øger den økonomiske usikkerhed yderligere. Regeringen og regionerne undervurderer, hvor bange de praktiserende læger er for ubalancerede myndighedsindgreb og sanktioner.

Konkrete erfaringer fra det lægedækningstruede Ishøj

I min egen praksis i Ishøj, et lægedækningstruet område, ser vi allerede konsekvenserne:

- Vi udskyder en planlagt udvidelse af klinikken til 4,2 millioner kroner, fordi usikkerheden gør det økonomisk uforvarsligt
- Fire yngre speciallæger, som vi har ansat, og som ellers var på udkig efter egen praksis, vælger nu at fortsætte som ansatte, fordi risikoen og usikkerheden er for stor
- Patienterne mister muligheden for bedre faciliteter og øget kapacitet – en udvikling, der i særlig grad rammer de mest sårbare grupper

Dette er ikke teoretiske scenarier. Det sker her og nu – i Ishøj og over hele landet.

Patienterne betaler prisen

Det er patienterne, der vil mærke lovforslagets konsekvenser tydeligst:

- **Kontinuiteten forringes:** Når læger ikke tør etablere sig permanent, mister borgerne muligheden for en fast læge og dermed det langvarige relationelle kendskab, som er en kerneværdi i almen praksis
- **Tilgængeligheden reduceres:** Manglende investeringer betyder færre konsultationsrum, ringere kapacitet og begrænset mulighed for nye behandlingsformer
- **Uligheden øges:** De mest udsatte områder – yderområder og socialt belastede bydele – vil blive ramt hårdest.
- **Den lokale forankring går tabt:** Uden faste klinikejere mister patienterne læger, der kender lokale forhold og samarbejder tæt med kommunale tilbud

Med lovforslaget vil man i særlig grad ramme borgere på overførselsindkomster, borgere med ikke-vestlig baggrund og borgere med psykiske problemer og misbrug. Disse borgere har ikke ressourcer til privatpraktiserende speciallæger eller sundhedsforsikringer. Når almen praksis svækkes, rammes de hårdest.

Erfaringerne med regions- og udbudsklinikker viser tydeligt, at de sjældent fungerer som midlertidige nødløsninger. Tværtimod ender de ofte som permanente løsninger, der både er dyrere at drive, mere bureaukratiske og uden samme grad af faglig ledelse og kontinuitet. Patienterne møder skiftende læger og ringere tilgængelighed, og det undergraver netop de stabile relationer, som er bedst for almen praksis. Det er paradoksalt, at et lovforslag, der hævder at styrke indsatsen for de mest sårbare borgere, i praksis risikerer at fastholde dem i dyrere og ringere tilbud.

Forestillingen om at byboerne 'ikke fejler noget' og derfor kan håndtere 400-600 flere patienter per læge er derudover naiv. Ventetiderne i København og andre større byer vidner om det modsatte. Når hver læge tvinges

til at have flere patienter, forringes behandlingen for alle – uanset postnummer. Vi skal have flere læger til patienterne i hele landet og ikke flere patienter per læge.

Samfundsøkonomisk vanvid

Almen praksis har omkring 90 % af alle kontakter i sundhedsvæsenet for under 5 % af det samlede budget. Denne balance er unik og samfundsøkonomisk uvurderlig.

At svække modellen er økonomisk kortsigtet og uansvarligt. En sygehuskontakt koster i gennemsnit 10 gange mere end en konsultation i almen praksis. Når patienterne ikke kan komme til deres praktiserende læge, flyttes presset til hospitalerne – de dyreste enheder i systemet. Resultatet bliver dyrere behandling, længere ventetider og ringere service.

Politisk analyse

Lovforslaget er et forsøg på at svække almen praksis som forhandlingspart. Forslaget er et historisk opgør med Praktiserende Lægers Organisation (PLO), hvor staten og regionerne søger at begrænse PLO's indflydelse. PLO er ikke en fagforening, men har gennem årtier spillet en tilsvarende rolle som garant for faglighed, retssikkerhed og et balanceret samarbejde.

En model, hvor regionerne både definerer opgaver, udmåler ressourcer og kontrollerer sanktioner, bryder med den balance, der hidtil har været grundlæggende i den danske praksismodel.

Patientopgaven forsvinder ikke, selv hvis man svækker almen praksis organisatorisk. Borgerne vil fortsat henvende sig - og hvis praktiserende læger trækker sig eller undlader at investere, vil det blot betyde dyrere og ringere løsninger i andre dele af systemet. Erfaringerne fra 2011–2016 viser tydeligt, at usikkerhed og konfrontation får læger til at forlade faget eller afstå fra investeringer i egen praksis.

Effekten er en langsom udhuling af kapaciteten, som rammer patienterne direkte. Hvis man svækker almen praksis, risikerer man derfor et paradoks: Intentionen kan være at styrke regionernes styring, men resultatet kan blive det modsatte - et mere fragmenteret sundhedsvæsen, dyrere patientforløb og øget ulighed.

Lovforslaget bærer tydelige præg af reformer, der har fejlet i andre velfærdssektorer. Det er desuden udansk at gribe ind med lov på dette tidspunkt: Der foreligger ingen konflikt, intet sammenbrud i forhandlingerne og ingen akut nødsituation, der retfærdiggør et ensidigt indgreb. Lovforslaget skaber dermed det, det angiveligt vil undgå – en systemkonflikt mellem stat, regioner og de praktiserende læger.

National opgavebeskrivelse og basisfunktion

Forslaget giver Sundhedsstyrelsen uindskrænket ret til at fastlægge almen praksis' opgaver gennem en basisfunktion, som ensidigt kan ændres. Dette er:

- **Bureaukratisk:** Faglig udvikling erstattes af detailstyring
- **Uforudsigeligt:** Ændringer kan indføres uden varsel og uden hensyn til klinikkernes investeringer
- **Ufinansieret:** Nye opgaver kan pålægges uden at finansieringen følger med

Kravet er enkelt: Ændringer i basisfunktionen skal ske i reel dialog med professionen og med rimelig finansiering.

Praksisklagenævnet – et retssikkerhedsmæssigt problem

Hvis lægers retssikkerhed skal respekteres, må tre helt grundlæggende ændringer gennemføres:

1. Nævnet skal placeres i Nævnenes Hus eller en anden uafhængig institution.
2. Nævnets kompetence skal udvides til at omfatte vurdering af væsentligheden af opgaveændringer.
3. Finansieringen skal ske uden for behandlingsrammen.

Lovforslaget lægger i sin nuværende form op til det modsatte.

- **Uafhængighed og retssikkerhed:** Sekretariatsbetjeningen af nævnet placeres hos Danske Regioner – altså hos den part, som nævnet skal behandle klager imod. En sådan konstruktion er uforenelig med grundlæggende principper om uafhængighed og retssikkerhed.
- **Begrænset kompetence:** Nævnets beføjelser er snævre: Det kan kun prøve regionernes afgørelser, men ikke vurdere, om Sundhedsstyrelsens ensidige ændringer af basisfunktionen er væsentlige. Dermed risikerer læger at blive sanktioneret for ikke at løse opgaver, der i realiteten er langt mere omfattende end forudsat – opgaver, som burde have været forhandlet og fulgt af ressourcetilførsel. Det er et kafkask system, hvor læger kan straffes for ikke at udføre opgaver, de aldrig har fået ressourcer til at løse.
- **Interessekonflikt:** Lovforslaget hævder, at sekretariatet skal være ”uafhængigt”, men realiteten er en åbenlys interessekonflikt:
 - Sekretariatet er organisatorisk forankret hos den part, hvis afgørelser skal prøves.
 - Sekretariatet er økonomisk afhængigt af Danske Regioner.
 - Medarbejderne er ansat af den organisation, som nævnet skal føre kontrol med.
 - Dette står i skærende kontrast til de forbedringer af retssikkerheden, der efter bl.a. Svendborg-sagen er opnået i tilsyns- og patientklagesystemet, hvor uafhængighed er gjort til et bærende princip.
- **Finansiering på bekostning af patientbehandlingen:** Særligt problematisk er det, at nævnet skal finansieres inden for den økonomiske ramme for almenmedicinske tilbud. Jo flere læger, der tvinges til at klage over urimelige vilkår, desto færre ressourcer er der tilbage til patientbehandling. Det skaber en perverteret incitamentsstruktur, hvor forsvar af retssikkerhed straffes økonomisk.

Et klagenævn, der ikke er uafhængigt, kan ikke fungere som en retsgaranti, men bliver i stedet et redskab til kontrol. Det vil uundgåeligt svække tilliden mellem parterne.

Konklusion

Dette lovforslag er et historisk tilbageskridt. Det truer en velfungerende model, der giver danskerne billig, nær og sammenhængende lægehjælp. Folketinget står ved en skillevej: Vil I bevare en almen praksis bygget på tillid, kontinuitet og patientnærhed – eller vil I erstatte den med et centraliseret kontrolsystem, der allerede har fejlet i andre lande?

Danmark har ikke råd til at ødelægge det, der virker. Vores almenmedicinske model er en international rollemodel. At erstatte den med et regimeskifte baseret på kontrol og sanktioner er ikke blot en fejl, men en katastrofe for kommende generationer.

Folketinget må forstå: Vi har prøvet konfrontation før. Det tog et årti at hele sårene fra 2011–2016. Nu risikerer I at rive dem op igen – igen gennem lov og uden reel forhandling.

Jeg opfordrer Folketinget til at lytte til dem, der hver dag arbejder i almen praksis og kender patienternes behov. Almen praksis har altid udviklet og moderniseret sig – men gennem dialog, ikke diktat.

Patienterne fortjener bedre end dette eksperiment med deres sundhed. Jeg appellerer til, at man beskytter den model, som gennem årtier har givet danskerne et unikt sundhedsvæsen, frem for at erstatte den med uafprøvet og risikabel topstyring.

Hvis man ikke trækker lovforslaget tilbage, bør man i det mindste foretage fundamentale ændringer med respekt for aftalemodellen, lægefaglig indflydelse og patienternes behov

Med venlig hilsen

Thomas Birk Kristiansen
Praktiserende læge
Ishøjcentrets Læger

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk), Gro Kari Holen (GKH@SUM.DK)
Fra: Venus Yaqin (venusyaqin@gmail.com)
Titel: Bekymring om lovforslag
Sendt: 11-07-2025 20:22

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære rette vedkommende,

Som yngre læge, der stadig er i gang med at forme min faglige identitet og drømme om egen praksis, gør det mig ærligt bekymret at læse, hvilken retning sundhedsreformen potentielt peger i. Jeg deler fuldt ud glæden ved tanken om at skabe en klinik, hvor man kender sine patienter og hvor gensidighed, tillid og kvalitet er i centrum. Det er netop dét, der giver mening i lægefaget.

Men hvis vi fratages muligheden for selv at sætte rammerne for, hvordan vi bedst hjælper mennesker, og i stedet presses ind i mere topstyrede strukturer med mindre indflydelse og større arbejdspress, risikerer vi at miste både passionen og menneskeligheden i vores arbejde.

Det er ikke bare en faglig kamp, det er en kamp for vores relationer, vores værdier og for det sundhedsvæsen, vi alle ønsker at være en del af.

Med venlig hilsen,

Venus Yaqin, læge

Høringssvar vedr. Lovforslag L212, L213 og L214

William Baird, praktiserende læge

Familielægerne Thy, Thisted

Jeg skriver dette høringssvar som alment praktiserende læge i Region Nordjylland – med dyb lokal forankring i Thy.

Jeg valgte bevidst at flytte hertil og gennemførte hele min speciallægeuddannelse i almen medicin i området. I 2017 blev jeg færdiguddannet speciallæge og overtog en solopraksis. I 2020 købte jeg en anden klinik, og vi er i dag to lægekapaciteter samlet i kompagniskabspraksis under navnet Familielægerne Thy. Vi har bygget en stabil, lokal forankret praksis op i et lægedækningstruet område, hvor kontinuitet og nærhed til patienterne gør en konkret forskel.

Det fremsatte lovforslag L212–L214 giver anledning til alvorlig bekymring. Med de foreslåede ændringer vil jeg som selvstændig praktiserende læge fortsat skulle afholde alle udgifter til drift, personale, lokaler, IT, datasikkerhed, kurser, sygdom og barsel – samtidig med, at regionerne fremover får ensidig ret til at fastsætte rammer og vilkår for mit arbejde. Det ændrer grundlæggende ved den danske model for almen praksis, som er baseret på faglig autonomi og personligt ansvar.

Samtidig lægges der op til at fratage vores organisation, PLO, forhandlingsretten. Det betyder, at vi som samlet faggruppe mister muligheden for at forhandle vores egne arbejdsvilkår. Det er et brud med den danske aftalemodel og et opgør med den tillidsbaserede styring, som har kendetegnet sundhedsvæsenet i årtier.

Disse ændringer vil i praksis føre til ekspropriation uden compensation og fjerne de præmisser, som jeg og mange andre har bygget vores karriere og praksis op omkring.

Jeg valgte det selvstændige, fordi det giver mulighed for at tage ansvar, skabe lokale løsninger og opbygge langvarige relationer

med mine patienter. Ville jeg være funktionær, kunne jeg søge job i en regionsklinik – med fast løn, ferie og sygedagpenge. Men mit valg var og er drevet af faglig stolthed og ønsket om at drive praksis med kontinuitet og nærhed.

Og det er netop kontinuitet, der gør en dokumenteret forskel – både for den enkelte og for samfundet:

- En analyse fra PLO (2022) viste, at selvstændige praktiserende læger i gennemsnit har været tilknyttet samme klinik i 16,8 år, mens ansatte læger i snit kun bliver 1,6 år.
- En norsk undersøgelse fra 2021 dokumenterede, at kontinuitet mellem patient og praktiserende læge reducerer dødelighed og akutte indlæggelser – især hos ældre, psykisk syge og multisyge patienter.
- International forskning viser, at kontinuitet i almen praksis forlænger livet, øger livskvaliteten og reducerer sundhedsudgifter.

Den slags tal dækker over virkelige situationer:

Når mine patienter ringer, ved jeg ofte allerede, hvem det er, inden jeg tager røret. Jeg kender deres historik, deres pårørende, deres mønstre. Det betyder, at vi kan handle hurtigt, forebygge indlæggelser og skabe tryghed – uden unødigt bureaukrati eller gentagelser. Det sparer tid og ressourcer – men vigtigst: det øger patientsikkerheden.

Lovforslagene opleves ikke som udtryk for samarbejde – men som top-down-styring, der fratager os råderum og ansvar. Det begrænser vores mulighed for at være behandlere og gør os i stedet til operatører i et system, vi ikke har reel indflydelse på.

Jeg er også dybt bekymret for rekrutteringen. De foreslåede ændringer vil gøre det endnu sværere at fastholde og tiltrække praktiserende læger – især i yderområder som vores. Det vil fordyre sundhedsvæsenet yderligere og forringe borgernes adgang til lægehjælp.

Min egen søn er optaget på det sundhedsvidenskabelige fakultet og har haft et klart ønske om at gå almen praksis-vejen. Men de signaler, der nu sendes fra Christiansborg, har fået ham til at tvivle: Hvorfor vælge at blive praktiserende læge, hvis man i realiteten bliver sat under regional administration – men stadig skal bære økonomien og risikoen? Jeg er sikker på, at han vælger et andet speciale end at gå almen praksis vejen, som så mange andre yngre læger, hvis lovforslaget vedtages.

Jeg håber, at beslutningstagerne vil genoverveje konsekvenserne – både fagligt, økonomisk og menneskeligt. Hvis denne lovgivning gennemføres, bliver det sandsynligvis et farvel til almen praksis for mange af os. Alternativer som privat praksis eller tidligere tilbagetrækning vil blive nødvendige overvejelser.

Der findes andre veje end tvang og styring. Løsningerne ligger i dialog og samarbejde – ikke i at fjerne vores stemme og vores ansvar.

Almen praksis er rygraden i det nære sundhedsvæsen. Vi skaber sammenhæng, forebyggelse og behandling med høj kvalitet og lavt ressourceforbrug – men kun hvis vi har frihed, ansvar og forhandlingsret. Jeg opfordrer derfor til, at ministeriet inddrager de praktiserende lægers stemme og finder løsninger, der bevarer og styrker en model, som dokumenterbart redder liv.

Med venlig hilsen

William Baird

Praktiserende læge

Familielægerne Thy, Thisted

Referencer

- PLO-analyse (2022): Længde af kliniktilknytning blandt selvstændige vs. ansatte læger
- Sandvik H et al., Continuity in general practice and mortality, BJGP Open, 2021
- Pereira Gray DJ et al., Continuity of care with doctors – a matter of life and death?, BMJ Open, 2018
- Bazemore A et al., Primary Care Continuity and Lower Hospitalizations, J Am Board Fam Med, 2018
- Starfield B et al., Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, Milbank Quarterly, 2005

Almen praksis: Ny lovpakke forværrer det problem, den skulle løse.

Af Felicia Geertinger og Rikke Hjorth Westh, praktiserende læger på Bornholm

Vi bornholmske læger har hidtil rost regeringen for at lytte til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger. I juni var vores sundhedsminister, Sophie Løhde, på Folkemødet og fortalte smilende om de mange nye læger, der vil komme ud i Vandkantsdanmark.

Med sundhedsreformen vil man gøre det mere attraktivt at være praktiserende læge i områder som Bornholm. Vi skal have færre patienter og en højere betaling pr. patient, fordi vores patienter er ældre og mere syge end gennemsnittet. Så vi kan se frem til at få bedre tid til den enkelte patient.

I gennem de 20 år er arbejdet som praktiserende læge blevet forandret en hel del, og et væsentligt større antal opgaver løses i almen praksis, trods færre læger herude. Den praktiserende læge er det sted i vores samfund, hvor man stadig kan komme kvit og frit med alt fra fodvorter til psykosociale problemer, attester, kroniske lidelser og kræftudredninger, men vores patienter er i stigende grad multisyge ældre, og en meget større del af udredningen og behandlingen er endt hos de praktiserende læger og vores sygeplejersker.

Kronikerkontrollerne fylder meget mere end før, idet et større antal kroniske tilstande nu reguleres og monitoreres efter faste retningslinjer, hvilket er godt for folkesundheden, men koster ressourcer i primærsektoren. 60 % af bornholmske patienter er over 60 år, og det skønnes ifølge Sundhedsdatastyrelsens "nationale fordelingsmodel for det almenmedicinske tilbud", at en gennemsnitlig bornholmsk patient sygdomsmæssigt vægter 1,3 gange så meget som en gennemsnitlig dansk patient.

Med sundhedsreformen vil man differentiere antallet af patienter pr. læge efter sygdomstygnde. For at kunne varetage de bornholmske patienters behov i fremtiden skal vi ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet have 31 kapaciteter i 2025 og 32 kapaciteter i 2026.

I 2005 var der 31 praktiserende læger på Bornholm. Siden er de forskellige lægeklinikker i de små byer lukket, fordi der ikke stod en læge klar til at nedsætte sig i dem. Nu er vi 19 klinikejere, 2 fastansatte læger i ledige kapaciteter og et mindre antal løse vikarer. Herudover har vi en offentligt drevet klinik i tilknytning til hospitalet i Rønne, der dækker to lægekapaciteter.

Vi er med andre ord alt for få praktiserende læger på Bornholm, og det er umådeligt svært at få vores uddannelsesstillinger besat — og endnu sværere at trække en speciallæge i almen medicin til øen. Vi har på Bornholm arbejdet med problematikken i årevis, og vi ved efterhånden, hvad vores lægekolleger ønsker: Gode boliger, job til ægtefælle, godt socialt og professionelt netværk samt rimelige arbejdsvilkår. Der er mange knapper at skrue på, hvis der virkelig investeres i at trække læger til Udkantsdanmark.

Men vil det lykkes at lokke flere læger hertil? Det håber vi, men med den såkaldte lovpakke 2 om styring og regulering af almen praksis, som netop har været i høring, er vi kommet i tvivl. Lovforslaget indeholder elementer, som set med vores øjne snarere risikerer at få flere af de bornholmske klinikejere til at give op på praksislivet og dreje nøglen om som direkte konsekvens af lovpakken. Det vil være katastrofalt for bornholmerne.

Man vil med loven fratage de praktiserende læger rettigheder og muligheder for selv at bestemme og planlægge deres arbejde i egen klinik, og det er jo netop muligheden for at få foden under eget bord, som virker tiltrækkende på kommende praktiserende læger. Man vil centralisere magten og bestemme åbningstider, og hvor mange patienter vi skal passe, og fjerne vores indflydelse på, hvilke arbejdsopgaver vi skal varetage. Desuden vil man forringe vores klagemuligheder, hvis vi har en tvist med regionen. Vi kommer

heller ikke til at sidde med i de nye sundhedsråd, der skal tegne stregerne for det nære sundhedsvæsen. Hidtil har vi deltaget i sundhedsklyngerne i samarbejde med hospital og kommune.

Samtidig vil man styre mere stramt, hvor i landet man kan slå sig ned som praktiserende læge. Sagt på jævnt dansk vil man gøre det sværere at få lov at åbne praksis i København og Aarhus i håb om, at flere så vil lade sig friste af et liv som praktiserende læge på blandt andet Bornholm. Man vil altså med en blanding af gulerod og stok tilskynde flere unge læger til at slå sig ned som praktiserende læge hos os.

Der er i pressen og på sociale medier et uhørt stort antal nuværende og kommende antal speciallæger i almen medicin, som udtrykker stor bekymring for konsekvenserne af lovpakke 2. Enkelte har allerede opsagt deres uddannelsesstilling eller vil søge uddannelsesstillinger i andre specialer, fordi de tvivler på, om det almenmedicinske speciale er den rette vej at gå for dem. Også en del ældre kolleger ønsker nu at stoppe før tid.

Praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende. Vi driver vores egne små virksomheder, betaler husleje, ansætter personale og står med det fulde ansvar, fagligt og økonomisk. Langt de fleste praktiserende læger er meget samvittighedsfulde og passer deres patienter med stor dedikation og ildhu.

Den danske model for den primære sundhedssektor med små, selvstændige klinikejere med overenskomst med regionerne er Europas næstbilligste primære sundhedssektor og efter vores vidende også den bedste. Dansk almen praksis er genstand for hyppige studiebesøg fra andre europæiske lande, hvor man ønsker at gøre os kunsten efter. I Sverige begræder man tabet af en traditionel almen praksis, som nu er erstattet af diverse andre klinikformer, hvor det har vist sig meget vanskeligt at bevare samme kvalitet og kontinuitet.

Vi oplever egentlig, at der hos politikere og embedsfolk står respekt om vores arbejde, og at man ønsker at bevare vores status som selvstændige klinikejere. Man har blot et ønske om i højere grad at kunne styre og kontrollere. Det er selvfølgelig helt rimeligt, at almen praksis lever op til gældende kvalitetsstandarder og er underlagt en løbende kontrol men kun indtil en vis grænse. Hvis man vil bevare praktiserende læger som selvstændige, er vi også nødt til at have indflydelse på vores egen hverdag og klinikdrift.

Hvis det offentlige ensidigt og med høj detaljeringsgrad kan bestemme, hvor længe vi skal holde åbent, hvordan vi bliver honoreret, hvilke opgaver vi skal løse, hvilket it-system vi skal benytte, og hvad for noget efteruddannelse vi skal tage, så er der ikke længere nogen indlysende fordele ved at være selvstændig klinikejer.

Når man så ovenikøbet vil indføre et "uafhængigt" klagenævn, der skal have til huse hos Danske Regioner – altså den organisation, hvis afgørelser vi kan klage over – så er vores grundlæggende retssikkerhed simpelthen truet, og så hopper kæden fuldstændig af. Så tror vi, mange vil foretrække et job som ansat læge, hvor man gennem sin overenskomst er sikret nogle fornuftige vilkår med blandt andet 37 timers arbejdsuge, betalt frokost og løn under sygdom.

Det er ærgerligt, at der hos politikere, topembedsfolk og flere af de toneangivende sundhedsøkonomer, der dominerer debatten, ikke er større forståelse for de kvaliteter, som er forbundet med, at almen praksis gennem generationer er udviklet i et samarbejde, gennem forpligtende aftaler mellem lægerne og det offentlige.

Selvfølgelig er det nemmere, hvis man kan diktere vilkår gennem love og bekendtgørelser. Men det giver meget bedre resultater på sigt, hvis man udvikler en sektor gennem aftaler. Og det er da normalt også sådan, vi gør her i Danmark. Tænk på vores overenskomstsysteem på arbejdsmarkedet, "den danske model",

som vi praler af i tide og utide. Og tænk på "den grønne trepart" fra sidste år, hvor man fik landbruget og Danmarks Naturfredningsforening til at blive enige om en plan for genopretning af den danske natur.

Hvordan sundhedstilbuddene i Danmark tilrettelægges, er i alles interesse. Vi har alle – hver og én – brug for en egen læge. Helst en, der kender os godt. Forskning viser, at det giver bedre sundhed og behandling for den enkelte og lavere dødelighed, at der er kontinuitet i behandlingen. Det har mindre betydning for raske, unge mennesker, der bare går til lægen med sporadiske småting og akut sygdom, men det har en enorm betydning for vores mange kronisk multisyge ældre medborgere, de psykisk syge og socialt udsatte. Hospitalerne er dybt afhængige af filterfunktionen i almen praksis for ikke at sande fuldstændig til.

De privatejede, traditionelle klinikker scorer i den seneste patienttilfredshedsundersøgelse fra 2024 højere på patienttilfredshed og i det hele taget på de fleste relevante parametre, der har med patientbehandling at gøre end nogen anden klinikform.

Vores bekymring er nu, at man i forsøg på at løse lægedækningsproblemet har ordineret den helt forkerte medicin: Frem for med rettidighed omhu i Sundhedsministeriet at have sørget for at uddanne tilstrækkelig mange praktiserende læger i tide og have haft en respektfuld dialog med læger i udsatte områder om, hvordan man kunne lette deres arbejdsliv allerede for 20 år siden, har man gjort for lidt og gjort det for sent. Alligevel forestiller man sig nu, at det er gennem yderligere styring og kontrol af de praktiserende læger og ved udvidelse af nye klinikformer, at lægedækningen skal sikres.

Manglen på praktiserende læger har betydet, at man rundt om i landets yderområder har set sig nødsaget til at sætte ind med flere offentligt drevne klinikker, der hverken har kunnet yde samme kontinuitet, samme patienttilfredshed eller matche de traditionelle klinikker prismæssigt. Herudover har de været organiseret på konkurrenceforvridende vilkår med bl.a. højere timelønninger og langt mere uforpligtende ansættelsesvilkår, som har tiltrukket læger, der ikke ønskede de i tiltagende grad rigide rammer, som de klassiske klinikker er underlagt af de selvsamme regioner.

Her på Bornholm har vi i mange år haft den regionalt drevne "Praksisklinikken", i tilknytning til Bornholms Hospital, der blev oprettet som en midlertidig foranstaltning for at servicere de patienter, der ellers ikke havde nogen læge. Den har været en nødvendighed, men vi har også kunnet mærke, hvordan det med Praksisklinikken tilkomst blev sværere at få vikarer i almen praksis, fordi vi ikke kunne tilbyde dem den timeløn, som de fik i Praksisklinikken. Vi har også meget sparsomme muligheder i vores overenskomst med regionen for fleksible arbejdstider, nedsat patientantal osv., og det har gjort os mindre attraktive for kolleger med ønsker om friere arbejdsformer, at de nu har fået muligheden for at arbejde under regionsklinikernes uforpligtende rammer.

Eftersom rammerne nu bliver endnu mere rigide med den nye lovpakke, er det vores store bekymring, at det vil føre til, at endnu færre læger vil ønske at nedsætte sig i egen praksis. Og samtidig betyder lovpakken, at regionerne får helt frie hænder til at oprette nye klinikformer. Der tegner sig billedet af en usund konkurrenceforvridning, hvor det offentlige favoriserer sig selv som leverandør.

Almen praksis på en ø som Bornholm er på mange måder historien om humlebien, der kan flyve, selv om det egentlig ikke burde være muligt. Men når det er lykkedes trods alt at sikre lægedækning til alle bornholmere, er det ikke gennem styring, kontrol eller et klassisk "kunde-leverandør-forhold", som nogle sundhedsøkonomer har efterlyst på vores område. Tværtimod – det er gennem samarbejde og dialog og en ekstraordinær ansvarsfølelse hos de praktiserende læger, vi har sikret, at ingen bornholmere endnu har været lægeløse.

Vi har, trods i forvejen stort arbejdspress, taget ekstra patienter ind, passet mere end én lægekapacitet for at få enderne til at nå sammen, indtil nyuddannede kolleger var klar til at tage over eller har taget en ekstra uddannelseslæge i perioder for at dække behovet. Herudover har vi påtaget os tillidshverv og konsulentjob rettet imod kvalitetssikring af de bornholmske klinikker og samarbejdet med hospital og kommune, har arrangeret efteruddannelsesgrupper, undervisning, deltaget i workshops, udvalg osv.

Vi er flere klinikker, der godt ville kunne have flere kapaciteter hos os, hvis de blev åbnet, og vi tager med kyshånd imod de manglende læger, efterhånden som de uddannes, og hjælper også gerne med til at uddanne dem. Kan regionerne mon forvente det samme engagement fra løstansatte læger i diverse andre klinikformer?

Vi har haft et godt samarbejde med hinanden, med regionen, med hospitalet og kommunen, hvor vi har lyttet til hinandens synspunkter og har forsøgt at få tingene til at køre med kendskab til de lokale forhold. Det ønsker vi skal fortsætte og udbygges.

Vi ønsker derimod ikke at få vores hverdag og klinikdrift topstyret, og vi ønsker ikke etablering af andre klinikformer, som gradvis får de praktiserende læger, der har bygget deres livsværk op her på øen, til at opgive at drive egen klinik.

Høring vedr. lov om ændring af sundhedsloven (indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almen medicinsk tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn mv.)

LVS takker for muligheden for at kommentere på lovforslaget. LVS har følgende indledende kommentarer:

Almen praksis er en hjørnesten i det danske sundhedsvæsen og er sågar tiltænkt en endnu større rolle end i dag i fremtidens sundhedsvæsen.

Almen medicin som speciale spiller også en central rolle i lægefagligt arbejde, når det handler om alt fra kliniske retningslinjer, lægelig videreuddannelse over kliniske kvalitetsdatabaser, drøftelser om anvendelse af nye behandlinger m.fl.

Patienterne og borgerne har en meget stor interesse i, at almen praksis er velfungerende og tæt på. Det gælder ikke mindst i lyset af de demografiske udfordringer, vi alle er bekendt med: flere ældre, flere multisyge og stigende social og geografisk ulighed i sundhedsvæsen. LVS mener, at det er af afgørende betydninger for både patienter, borgere og sundhedsvæsen, at de tiltag, der sættes i værk i forhold til at ændre almen praksis, bidrager til at forbedre disse patientgruppers lige adgang til almen praksis.

Alle øvrige 38 lægelige specialer har også en væsentlig interesse i effektiv almen medicin og at almen praksis er velfungerende, i stand til at levere præcis visitation, solide sundhedsydelser og uddannelse af høj kvalitet og at både specialet og almen praksis kan tiltrække nye kolleger, som ser det som et attraktivt lægeliv.

Uden unge læger, der søger specialet i stigende omfang og erfarne læger, der ønsker at forblive i almen praksis, bliver selv de mest stålsatte politiske beslutninger og visioner ikke til noget.

LVS har følgende specifikke kommentarer til lovforslaget:

Lægefaglighed er afgørende:

Det er åbenlyst, at høj kvalitet i patientbehandlingen i det danske sundhedsvæsen i høj grad beror på, at lægefagligheden prioriteres højt. Det gælder i hospitalsvæsenet, og det gælder i almen praksis.

Erfaringen er, at det er gavnligt for alle parter – beslutningstagere, embedsværket og de lægevidenskabelige selskaber – at beslutninger træffes med alle parter omkring bordet. Alle bliver klogere. Og det er godt for patienterne og kvaliteten af patientbehandlingen, at dem, der leverer behandlingen, har et medansvar for de beslutninger, der træffes.

LVS finder det absolut afgørende for fremtidens almen praksis og almen medicin, at anerkendelsen af, at lægefagligheden skal være med der, hvor der bliver truffet beslutninger om fremtidens almen medicinske sundhedsydelser. Det har både afgørende betydning for dem, der har brug for deres praktiserende læge, og for resten af sundhedsvæsenet, som er dybt afhængig af, at almen praksis har vilkårene til at levere den rette lægefaglighed til de mange patienter, man har til fælles. Svækker man almen praksis på grund af et tab af lægefaglig ekspertise i beslutningsprocesserne, svækker man hele sundhedsvæsenet.

I almen praksis har PLO i et partnerskab med Danske Regioner opbygget institutioner til forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse af praktiserende læger. Det lægevidenskabelige selskab har så været repræsenteret i styregrupper og råd knyttet til disse institutioner. Det må sikres at dette arbejde og den erfaring og ekspertise, der er opbygget ikke tabes i en ny organisering af samarbejdet.

Når det gælder almen praksis, har PLO traditionelt forhandlet med Danske Regioner både om, hvilke ydelser, der skulle leveres, og hvordan de skulle afregnes. Det fremgår, at man ønsker, at denne integrering af faglig prioritering og økonomi adskilles i fremtiden.

Vi har i Danmark en lang tradition for at de lægevidenskabelige selskaber spiller en meget stor rolle i beskrivelsen af de lægefaglige ydelser. Det er her, den kliniske ekspertise udgår fra, og det har tjent både patienterne og sundhedsvæsenet godt, uagtet helt rimelige diskussioner om prioritering osv. Og det er også derfor de lægevidenskabelige selskaber er skrevet ind i en lang række love, bekendtgørelser osv., som vedrører sundhedsvæsenet. LVS mener derfor, at det er meget vigtigt lovgivningsmæssigt at sikre den lægefaglige forankring af beslutninger ift. opgavebeskrivelsen (funktioner, opgaver, kompetencer) i primære almen medicinske lægetilbud.

Sundhedsstyrelsen har naturligvis en vigtig rolle at spille. Af lovteksten fremgår at opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud fremover skal ”fastlægges af Sundhedsstyrelsen”.

LVS mener, at der i forhold til beslutninger om og prioritering af hvilke opgaver, der bedst løses i almen praksis og må betegnes kerneopgaver ("basisfunktion for det almenmedicinske tilbud"), må lovsikres en betydelig indflydelse til det almen medicinske specialeselskab, og naturligvis også en vis indflydelse til LVS-repræsentanter fra de mere organ- og sygdomsspecifikke specialer, som afslutter patienter til opfølgning i almen praksis.

Det beskrives, at den nationale opgavebeskrivelse skal indeholde krav til "tilgængelighed ud over tilgængelighed i basisfunktionen i f.eks. ydertidspunkter samt fasttilknyttede læger på blandt andet botilbud, sundheds- og omsorgspladser m.v., krav til tværsektorielt samarbejde samt krav om regionsrådets opfølgning på overholdelse af krav i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen m.v." LVS mener ikke, at hverken åbningstider ud over almindelig dagtid, eller varetagelse af særlige bosteds- og plejehjemsfunktioner hører hjemme i en national opgavebeskrivelse. Det må betragtes som aftalestof med private aktører.

Hvad angår opfølgning på, om opgavebeskrivelsen overholdes / opfyldes i en fremtidig udgave af almen praksis, mener LVS, at faglige spørgsmål bør fagfælle vurderes direkte i en uafhængig funktion/styrelse og ikke af et regionsråd, som i øvrigt kan være konkurrent til de private aktører man ville skulle kontrollere.

Kvalitet og omkostningseffektivitet:

En del forskning peger på, at de bedste behandlingsresultater opnås, når patienten sikres kontinuitet: når vedkommende har mulighed for at se den samme læge eller samme team over tid. Det gælder i særdeleshed både de mest sårbare patienter og den voksende gruppe af ældre og multisyge patienter.

Regionsklinikkerne, som har erstattet praktiserende læger i lægemangelområder, har hidtil ikke kunnet levere tilstrækkeligt på disse parametre. Det har været dyrt for samfundet at betale de mange højtlonnede vikarer, og man har tabt på kvaliteten, formentligt især pga. kontinuitetstab, som blandt andet har medført for mange forebyggelige henvisninger og indlæggelser. Det koster samfundet penge, det koster på behandlingskvalitet, og det giver tab af livskvalitet for patienter og pårørende.

LVS finder derfor, at fremtidens almen praksis skal gives vilkår, der sikrer så meget fleksibilitet i indretningen af de mindre, nære enheder, at de gøres i stand til levere på kontinuitet. Det kræver at lægefaglig indflydelse sikres, både direkte og indirekte. Det foreliggende lovforslag giver ikke de almenmedicinske speciallæger forhåbninger i den retning.

Ulighed i sundhed og i adgang til sundhedsvæsenet:

LVS nærer en særlig bekymring for, at lovforslaget, som ganske brat fratager de praktiserende læger og deres organisationer indflydelse på dagligdag og udøvelse af deres speciale almen

medicin, vil påvirke rekruttering og fastholdelse negativt, og medvirke til en yderligere skævvridning af den lige adgang til sundhedsydelser i almen praksis af god kvalitet på tværs af geografi og socioøkonomiske vilkår – stik imod sundhedsreformens intentioner.

Man kan ikke forvente, at de kommende generationer ønsker at påtage sig et større ansvar ved at investere deres lægefaglighed i en fremtid som selvstændigt praktiserende læger uden sikker indflydelse på opgavemængde eller -indhold, hverken i egen klinik eller gennem deres organisationer. Sker det, vil regionerne få travlt med at opbygge regionsklinikker, som ikke kommer til at levere på nærhed og kontinuitet i samme grad som ”egen læge”-modellen kan, når den fungerer.

LVS finder, at det vil være åbenlyst urimeligt, da det er de mest syge og/eller sårbare, der har mest brug for, at lægen kender vedkommende godt.

Definition af kerneopgaverne i almen praksis:

LVS mener, at initiativerne i lovforslaget får meget svært ved at fungere i praksis, da man desværre har forsømt at gøre det vigtigste først:

At beskrive, hvilke opgaver, almen praksis kan og skal løse – og lige så vigtigt, hvilke opgaver, der skal væk fra almen praksis og løses andre steder, da stigende patientforventninger og opgavemængde lige nu fører til alarmerende høj og stigende forekomst af udbrændthed blandt praksislægerne, dokumenteret ved løbende målinger gennem de senere år.

Når man har styr på opgavebeskrivelsen, kan man udarbejde en national fordelingsmodel baseret på, hvor mange kerneopgaver en given praksis må forventes at løfte, afhængig af patientlistens sammensætning til enhver tid. Det forslag til en national fordelingsmodel, der foreligger, er præmaturo.

Hvis sundhedsreformprocessen skal lykkes, så må man lytte til lægefagligheden og sikre lægefaglig forankring af de beslutninger, der skal tages i årene fremover. LVS skal derfor opfordre til, at loven beskriver, hvorledes denne forankring sikres.

Forsømmer man dette, vil man skulle arbejde med et system, som altid vil være uafstemt i forholdet mellem forventninger, krav og resultater.

20-08-2025

Til Sundhedsminister Sophie Løhde og Regeringen

Vi, nuværende og kommende speciallæger i almen medicin, vil med dette brev udtrykke en klar og tydelig bekymring vedrørende det seneste lovforslag i Sundhedsreformen som er fremlagt 1/7-2025.

Danmark har i over 50 år brystet sig af at have et sundhedsvæsen med høj kvalitet og høj tilgængelighed. Det har vi kunnet gøre i særdeleshed på grund af det nuværende system af praktiserende læger – et system, som resten af verden kigger beundrende efter som et pejlemærke for en effektiv indretning af sundhedsvæsenet. Jeres lovforslag er et direkte angreb og afmontering af de praktiserende læger som institution og erhverv – og det vil få katastrofale konsekvenser for vores patienter. Derfor ser vi os nødsaget til at råbe op og advare om de uoprettelige strukturændringer, I er ved at gennemføre.

Lovforslaget vil medføre:

- At flere vil miste deres ”egen læge”, som kender ikke bare dem, men også deres livs- og familiesituation. I stedet vil de mødes af skiftende læger.
- Færre praktiserende læger og flere regions- og koncernklinikker med forskellige private udbydere, som f.eks. Alles Lægehus.
- Dårligere kvalitet af behandling, fordi de kommende læger i høj grad vil vælge almen medicin fra og der derfor vil være færre praktiserende læger.
- Længere ventetider hos speciallæger og hospitaler, fordi belastningen hos dem stiger.
- Øget ulighed i sundhed, fordi ventetiderne stiger, og markedet for privat lægehjælp derfor også vil stige.

Vi er forfærdede over de arbejdsvilkår, som lovforslaget præsenterer. Mange overvejer deres fremtid, og de kommende praktiserende læger kan ikke se sig selv i faget med de nye vilkår. Vores patienter kommer altså til at betale prisen i mange år frem.

Vi ønsker at samarbejde – først og fremmest for at få bedre lægedækning. Hver dansker bør have sin egen praktiserende læge, som de kender og som kender dem. Forskning understøtter, at det er en af de vigtigste forudsætninger for at forebygge indlæggelser og tidlig død. Særligt blandt de mest syge.

Men vi ønsker også at samarbejde for at bevare vores beundringsværdige sundhedsvæsen, hvor vi møder den enkelte patient i øjenhøjde. Et patientnært sundhedsvæsen båret af praktiserende læger. Fordi praktiserende læger er en garant for høj lægefaglig kvalitet, gensidigt kendskab med deres patienter og kontinuitet i forløbet fra fødsel til død.

Vi håber derfor på vores fags og særligt vores patienters vegne, at Sundhedsministeren vil møde os med dialog og respekt for vores faglighed i stedet for politisk diktering.

Speciallæger i almen medicin, Region Nordjylland

Anette Andersen Vittrup	Mathias Overbeck Vognstrup
Hans West	Maria Arildskov Ledet
Maria Trøjelsgaard Nielsen	Erik Johansen
Christa Ellefsen Blaasvær	Helle Hare
Klaus Kørting	Charlotte Weirsøe
Troels Mengel-Jørgensen	Morten Kiel Frost
Silja Als-Frederiksen	Michael Jessen
Mikkel Saxov	Helene Bisgaard
Stine Schierup	Søren Olesen
Merete Hansen	Karin donskov
Jane Svensson	Kirstine Agger
Emil Bakkær Haastrup	Marthe Mari Ødegård Bjerke
Kohulavathani Sivakaran	Katrine Edith Klith Heden
Regitze Høy	Morten Schliemann
Henriette Arenholt Lydixen	Jesper krarup
Johanne Bruun Jeppesen	Anders Lundgaard Jensen
Signe Møller	Anders Jensen
Anders Faber	Steinar Mikal Sandberg
Louise Hjelm Thomsen	Martin Østergaard
Rune Haaber Lolk	William Baird
Cecilie Lysgaard	Tenna Juel
Elisabeth Kellmer	Karina Moy
Ditte Sloth	Lene Krabbe
Axel Thomsen	Luise Jessen Lundorf
Anne-Marie Planck	Pernille Lund Mogensen
Anne Grave Pedersen	Thilde Ebdrup Kjær
Rasmus Lund Beyer	Hannah Hamilton Dutoit
Anja Lehmann	Marlene Thordal
Mette Opstrup Abildgaard	Lise Rix
Damir Drljevic	Anne Esbjørn Andersen
Hanna Dal	Maj Hansen
Benjamin Strøm Nygård	Jeanette Beck
Troels Munck Nielsen	Lina Jespersen
Rikke Thostrup Nyborg	Lotte Vinther
Geerthana Ratnasingam	Martin Fjerbæk
Peter Svenssen Munksgaard	Jeanette Fjerbæk Sørensen
Rune Zimmer	Emilie Kunwald
Tordis Beck Helleland	Ole Mogensen
Anne Mette Lynge Andersen	Thomas Mølgaard
Chris Hayes	
Emilie Kunwald	
Johan Krogshave Holdt	

Speciallæger i almen medicin, Region Midtjylland

Claus Rasmussen	Sarah Bendtsen	Louise Ledet Sohrt
Marie-Louise Ladegaard Baun	Stine Just Klitgaard	Signe Christiansen
Signe Aakjær	Dennis Hauge Simonsen	Brian Nørgaard Albertsen
Ida Kolind Christensen	Stine Ahm Bjerre	Katrine Harring Andersen
Sisse Leth	Mette Louise Brath Lund	Christina Skibdal Vistrup
Stine Lykke Storgaard	Tanja Dahlgaard	Thomas Benfeldt Purup
Breeze Diggle	Bente Helene Virenfeldt	Jesper Krogsøe
Anne Blom	Mia Lund Bjerg	Jette Mikkelsen
Søren Blavnsfeldt	Jeffrey Allan Shanmuganathan	Charlotte Paaskesen
Hans Ager Hansen	Camilla Rostgaard Berthelsen	Benedikte Kolbæk Jacobsen
Kirstine Damgaard Kring	Ole-Victor Laursen-Wadschier	Nina Skriver
Anna Hjerrild Grau	Wicki Kastrup	Sidse Kjærholm
Pia Skov	Morten Krag	Josefine Hirschsprung Lange
Lars Lindberg Bonne	Maria Krag	Lise Lindeloff
		Marie Louise Siwasophonphong
Anne Sofie Mols	Jacob Gravningsbråten	Frandsen
Flemming Egeris Vejlgård	Jesper Gellert	Marie Holmgaard
Solbritt Høeg	Karen Landgard	Maibrit Petri Christensen
Anne Roed Rudbeck	Allan Hager Kjær Thor	Lena Kristina Strøm Poulsen
Kim Sonne	Marie Geday	Rikke Kaarup Sønderby
Sophie Ascanius Felding Goul	Brit Møller Sørensen	Ann-Britt Quorp Matthiesen
Jens Vinther Larsen	Dorthe Møllgaard Kristensen	Katrine Moesgaard Bunk
Kirsten Linnebjerg Jensby	Pia Haugen	Nanna Woer Ebbensgaard
Thomas Juul Krahn	Malene Fløe Simonj	Charlotte Berntsen
Lene Maria Ørts	Marie Kibsgaard	Lisbeth Kruse Christiansen
Michael Bruun	Signe Engedal Halphen	Anna Weibull
Hans Christian Brix Nørgaard	Lise Broch	Anne Silkjær Møller
Signe Engkjær Christensen	Ylva Ivraeus	Charlotte M. Bendtsen
Anne Sloth	Tine Hagenau	Anne Schøler
Karen Schønbeck Dirksen	Andreas Rosborg Kristensen	Sebastian Lorenzo Lastrina
Louise Vingtoft	Helle Isaksen	Mads Harbo Kristensen
Merete Kirkegaard	Randi Hoffmann	Marie Louise Pedersen
Sara Edelberg Thomsen	Peter Johansen	Allan Kanstrup Pedersen
Winnie Lykke Christensen	Jacob Bækby Hansen	Maria Bach Nikolajsen
Christina Schou	Line Skipper	Stine Melchior Gammelby
Marianne Bastholm Weis	Kristian Skytte Andersen	Stella Elisa Ada Obionu Overby
Simon Nielsen	Anja Mølgaard Riis	Michael Overgård
Annie Uhloft	Anne Elsborg Andersen	Anders Brøndt
Jeppe Olsen	Birgitte Bjerre	Mette Reinholdt Kristensen
Jacob Søndergaard	Marianne Nyholm Schmidt	Line Frøkjær
Karin Moldrup	Søren Thorsø Dahlerup	Allan Sylvester Neve
Jonas Hald	Jane Kirkeby Gregersen	Ulrike Mehnert
Solveig Greve Bülow	Marianne Dam Lentz	Marie Nygård Fogh
Audun Bosnes	Karen Bang Jin Nielsen	Line Staehelin
Morten Blom-Hansen	Charlotte yde	Rikke Brassøe Hardam
Anette Byskov-Nielsen	Thomas Ulstrup	Sonja Pugholm Storgaard
Anna Winthereik	Sara Sletten Christensen	Annette Arensbak
Pavel Bruun Jonishkan	Sofia Dieckmann	Britta Lindberg Vejrbæk

Sidsel Avlund Knoblauch	Anna Louise Hostrup Andersen	Mette Harving
Ninna Gammelager	Christina Diana Thane	Erik Høgh
Nikolaj Mach Østergaard	Spangsborg	Eva Laier Cervin
Laura Just Schade	Jannik Kruse Nielsen	Kasper Fasdal
Christian Wetterstein Pedersen	Bente Helene Virenfeldt	Anne Søjbjerg
Stina Borg	Hanne Væsel	Amanda Skytte
Anne Sofie Johnsen Frich	Helene Larsson	
Kirstine Würtz Iversen	Pernille Libach Hansen	
Mette Kirkegaard Thøgersen	Anne Lund Knudsen	
Inge Bærentsen	Camilla Olesen Hammelsvang	
Bettina Lousdal Riis	Marie Aaen	
Lars Helge Jensen	Anne Skou	
Maria Ervandian	Astrid Bønnelykke	
Britta Jepsen	Stine Thraentoft Clausen	
Britta Gehrt	Benedicte Iversen Scheel	
Tine Nørgaard Nielsen	Jørgen Bjerregaard Nielsen	
Jan Fournais Langschwager	Søren Prins	
Christine Villadsen	Jens-Kristian Poulsen	
Karen Yde Hove	Stefan B. Runarsson	
Morten Bundgaard Villadsen	Katrine Moesgaard Bunk	
Therese Louise Titlestad	Jonas Dyhr Rask	
Jonas Ebert	Klara C.B. Bjerrum	
Thi Hoang Phuong Cao	Sara Hasseriis	
Jens Hornshøj	Kim Brockelmann	
Marianne Gyrupe Pedersen	Claudia Haber	
Morten Vildhøj	Gitte Nørsøller	
Birgitte Borup	Bahareh Khaki-Fristed	
Søs E. Rahbek	Peter Krogh Fjeldborg	
Tue Donslund	Mia Kamp Jensen	
Christina C. Grønlykke	Troels Arent Olesen	
Lisbeth Middelfart	Neven Akrawi	
Anne Bak Nyhuus	Anne Nielsen	
Annette Dalby Fleng	Signe Wiggers	
Katrine Errboe Bilenberg	Jacob Breining	
Tobias Ottosen	Hasse Skibsted Clemmensen	
Sabina Ingeborg Nielsen	Jonas Engkjær Christensen	
Emma Marie Ladefoged Ditlevsen	Tue Kruse Rasmussen	
Mia Nyby Rønstrup	Helle Kold Mortensen	
Tenna Barbre Haargaard Nielsen	Peter Raun	
Kirsten Slemming	Linn Holm Ørskov	
Helga Gøtke Christiansen	Nikolaj Otto	
Rune Maagensen	Lotte Brogaard	
	Helga Fogtmann Have	

Speciallæger i almen medicin, Region Syddanmark

Carsten Pedersen	Astrid Van Der Meijden	Patricia Hjorslev Jensen
Lena Hjortholm	Lasse Freksen	Annette Schousboe
Morten Jørgensen	Maria Thorup Simesen	Rune Jacobsen
Susanne Lund Henriksen	Brintha Mayavan	Annemette Tørnæs
Sys Melchior	Ann-Kristina Ebdrup Møller	Ole Larsen
Odolina Bonfanti Dollerup	Line Bruun	Kirstine Johansen
Hanne Nybo	Kerstin Wolf Höflich	Berit Elin Søltoft Jensen
Michelle Skovlund Roed	Signe Harder	Camilla Tørrild
Kim Agerholm Brogaard	Andra-Ioana Suvei	Tina Nørgaard
Olga Diatchikhina	Liv Hoen	Juliane Dinesen
		Line Baastrup Komischke-
		Konnerup
Rune Kristensen	Dorthe Bach Baunsgaard	Stine Kjær
Sanne Eduard	Julie Lykke Hermansen	Uffe Lysholt Hansen
Bonnie Bruun Bechsgaard	Birthe Nørby	Mette Egede
Marie Lilbæk	Thomas Laungaard	Cecilie Hestbech Lundorff
Charlotte H. Blunck	Ditte de Churruca-Colon	Afsaneh Vahidi Thams
Troels Lykke Vendelbo Eriksen	Anders Wraae	Claes Hørløck Karstensen
Vibeke Schnack Brandt	Mikkel Schondel	Mette Berzanth
Trine Neumann Hansen	Birgitte Outzen	David ingeby
Mette Lundgren Nielsen	Mette Kofod Riis	Nina Kirkeby
Jeannie Sønderskov Simonsen	Camilla Marie Hovendal	Karen Frost-Møller
Sebastian Aagaard	Heidi Mygil	Rikke Vork
Annette Beck Rudbeck	Cornelia Selmer Christiansen	Line Juul Rauer
Majken Solvang	Torsten Rudbæk	Maria Østervig Stefansen
Anette Skadborg	Rasmus Würtzen	Marianne Rosborg Falby
Jonas Leon Sjødahl Bryde	Anne Damsbo Vittrup	Anne-Mette Kjærgaard Sølvberg
Carsten Pedersen	Marion Sass Homann	Betina Bredskov
Kamilla Rost	Louise Hørmann Mørk	Connie Daugaard Henriksen
Torben Sondrup	Morten Kollander	Jon Zwisler
Helle Munck	Lone Dydensborg Madsen	Heidi Bruun
Anja Bjørg Sørensen	Rikke Kjær Hansen	Tine Gadegaard
Helle Petersen	Michael Mikkelsen	Sandra Elnegaard
Inge Rosenkjær Løvenskjold	Charlotte Kildemand	Klaus Otten
Katrine Egelykke	Lars Døssing-Poulsen	Hans Henrik Lai
Marianne Broe Bendtsen	Kamilla Prammann Jakobsen	Sarah Koch Hermansen
Martin Bo Sørensen	Michael Kaltoft	Ida Bro
Kristina Stavad Køstner	Anne-Mette Rottwitt	Mona Clausen
Heidi Juul	Mette Wind Gellert	Sarah Koch Hermansen
Eilif Hedemann	Mette Voss	Charlotte Gry Harmsen
Maria Werlinrud	Anja Kierkegaard Ørum	Anne Mette Busch
Hung Le	Christian Rosendal	Helle Klint
Mathias Munkholm Sørensen	Tina Riis Jørgensen	Ina Nielsen
Rikke Toft Bak Andreasen	Kirsten Ulstrup	Jens Birk Rosbach
Kasper Hermansen	Marie Wien	Louise Brygger Venø
Birgitte Ries Møller	Susanne Tofting Kristensen	
Anna Rørbæk Uldall	Michelle Blaabjerg	
Sidsel Vang Wallberg	Dorte Skifter Voss	
Camilla Borg Schweizer	Louise Jøhnk	

Rikke Kjær Larsen	Mads Hjort Jaritz
Lene Rasmussen	Bjørn Rasmussen
Charlotte Kit Rasmussen	Birgitte Skaarup
Tine Elvander	Trine Thorseng
Tina Asp Hansen	Naja Michelsen Hymøller
Pernille Woidemann Bak	Camilla Bianca
Inger Westh Nielsen	Sri Senthura Mathavamenon
Sine Sand	Mikael Astrup
Jonna Mørck Creedon	Nivethitha Rømer
Walter Harder Ulrichsen	Lise Kolby
Lise Dragsbæk Madsen	Torsten Stolborg
Stinne Bjørnholdt	Nathja Steenfeldt Lindskov
Dorthe Vedel Staal	Josefin Tagesen
Marie Skovsborg	Trine Roth
Troels Vestergaard Madsen	Alea Moreno
Linda Billeschou	Mireille Lacroix
Viki Hoé Kousgaard	Nina Stockholm
Nanna Brandt Reinhard	Mikkel Lind-Holst
Casper Sæbye	Anika Høy
Rikke Havgaard Kjær	Katja Iversen
Rune Kjeldsen	Tone Folkedal
Jakob Grarup	Søren Gellert
Jesper Schumann	Ella Feldthaus
Lene Vig Lagoni	Erling Jacobsen
Anders Elkær Jensen	Anne Holm Larsen
Karoline Rohde	Tine Træholt holmer nielsen
Peter Zaiczek	Bjørn Hvistendal Kristiansen
Tina Christiansen	Daniel Roosen
Trine Roos Stenberg	Shugofa Saeedi
Emil Hald	Kasper Kvist
Lene Strauss Bundgaard	Agnete Fjerbæk McCluskey
Kate Skovgaard Asboe	Kirstine Tørring Rasmussen
Jens Sonnichsen Thomsen	Torben Luxhøj
Henning Koch	Trine Ligaard Azza
Jesper Dichmann de Vos	Lone Kudsk
Thamilini Umaramanan	Christina Kraaer
Emil Hanson	Thomas Feldskov
Mette Nielsen	
Rikke Vork	
Gitte Højen	
Marie Werngreen	

Speciallæger i almen medicin, Region Sjælland

Riikka Ejsted	Connie Brunsgård	Nicolai Rosenfalck Johansen
Sonia Kabwa	Janne Fangel Jensen	Lars Nielsen
Mette Fiil	Vibe Kamper	Elizabeth Petersen
Mads Gottschau	Christina Frost Larsen	Astrid Lyager
Kimie Avnegaard	Marianne Fossum	Mette Nikolajsen
Britt Kaiser Rasmussen	Anne Louise Då	Benedicte Ansbæk
Sandra Hammer Jagd	Christopher Koch Aabel	Kenda Christensen
Line Gisselmann	Kirstine Oksbøl	Mette Johannsen Mandøe
Line Damsgaard	Kristian Nygaard	Johanne Rask
Kasper Bro Madsen	Jakob Sønderstrup	Stine Kaarsberg
Lise Ekholdt	Sara Bitzer	Ane Lyng
Dines Sønderstrup	Natasja Friis	Maria Vigh Christoffersen
Anne-Stine Mørck Svanekjær	Claus Sæbye	Kasper Ankjærgaard
Belinda Berner	Liselotte Andersen	Gunver Lillevang
Trine Snede	Ragnhildur Gudmundsdóttir	Jens Kristensen
Anne Sofie Hartmann	Rikke Gabriel	Morten Lysdahl
Adam Bertelsen	Elise Børnsen	Hanne Hestbech
Ayaz Asad Chughti	Maria Skou Eriksen	Thomas Hansen
Maja Aabech Dalsgård	Mette Dyreborg Norus	Birgitte Sindberg
Janni Quiros	Mohammad Shezad Mahmood	Andrew Lurie
Søren Due-Andersen	Eva Gjessing	Mette Tejlgaard Uhre Regel
Lotte Gram-Jensen	Peter Schou Rugolo	Torsten Risør
Belén Redal-Baigorri	Hjalte Daugaard	Rut Reggelsen
Anne Wichmand Thorsen	Sara Lindberg	Carsten Bye Nørgaard
Ane Grønkjær Ejsing	Henrik Toftegård Andersen	Randi Mikkelsen
Anette Christophersen	Lars Westerberg	Malene Jensen
Elisabeth Busk	Anne Bye Nørgaard	Mia Søe Pedersen
Lars Westerberg	Hanne Fly	Anders Vej-Hansen
Randi Ellingsgaard	Mette Egede Nielsen	
Katja Rasmussen	Lene Holst Nygaard	
Jeppe Lyngholm Pedersen	Lise Plovgaard	
Lars Christian Jørgensen	Anne Bang Schneeberg	
Nicolai Arøe Fogh	Søren Pedersen	
Janne Boberg	Sasja Nordbrandt	
Paw Lalicata Munk	Helene Andersen	
Maja Louise Saabye Kirk	Helene Praestholm	
Conni Steen	Rasmus Dalsgaard-Nørregaard	
Katrine Fisker	Lisbeth Grove	
Ömer Altunpinar	Jesper Carl Caning	
Karen Suarez Krabbe	Katrine Rose Larsen	
Lasse Lindholm Johansen	Christina Svanholm	
Camilla Klintmann	Thomas Luggin	
Mayu Lund	Elsebeth Tvede Rugolo	

Speciallæge i almen medicin, Region Hovedstaden

Daniel Sindhøj	Malene Esager Liberoth	Trine Wrang Mortensen
		Christian Emdal Graabech
Martin Noordegraaf	Tina Soltau	Sørensen
Saham Ghavidel	Flora Riaz	Peter Bonfils
Pia Halfdan Kabrit	Mariana Rodrigues Pedersen	Helle Vestergaard Middelfart
Mette Aborg Krener	Jesper Foss	Rasmus Rothmann Johansen
Maja Kirkegaard	Jakob Maraldo	Astrid Raahede Brovn
Torben Larsen	Mia Tjelum	Mads Rams Mejdahl
Ingrid Trintignac	Mette Winther Myhre	Hrefna Kristjánsdóttir
Mia Morandi Thomsen	Nanna Lietmann	Rasmus Leidesdorff Bechshøft
Lejla Johannesen	Mette Høybye Pickel	Kristian Anbro
Thomas Søgaard	Stine Skovgård	Ditte Skovgaard Heltboe March
Katrine de Renzy-Martin	Mai Schepler	Fatma Kara
Tine Søndergaard	Sune R. R. U. Jans	Mari Eide Møller
Hanne Møller Hansen	Pearl Pedersen	Emilie Toft Ebbesen
Sara Moltke	Lida A.zanjani	Christian Eisbo
Laura Zeuthen Andersen	Lea Wieghorst Knudsen	Anette Rams Mejdahl
Mads Grarup	Samuel Fink	Ladan Aloudal
Kristian Gottliebse	Annika Norsk Jensen	Hannah Johansson
Anne Mette Nagel Larsen	Tina B. Bonavent	Anne Gaardsting
Oliver Talevski	Christa Schelske	Kristian Kjerulff
Sarah Arikan	Inger Johanne Ravn	Jette Jorsal Birchall
Susanne Kjærgaard Lindvig	Ulrikke Færch	Lise Carlsen
Vibeke Noer-Hansen	Kim Bartholdy	Dina Lie Nielsen
Adeel Riaz Ahmed	Lena Venneberg Thormann	Jakob Brøndum
Camilla Nymann Rud	Maja Larsen	Marie Lykke Eshøj
Maria Adams	Christel Jackson	Mie Kaae Nielsen
Merete Mølberg	Julie Galsgaard	Pernille Wisborg-Møller
Sabine Funder	Maria Galsgaard	Janne Schmidt
Lotte Arlø Theilade	Nanna Juel-Berg	Niels Dreisler
Aftab Rehmat	Rikke Hjorth Westh	Charlotte Hjort Jørgensen
Jannie Broberg	Ulrik Johansen	Mücahit Harmankaya
Tina Hentze	Sarah Caspersen	Anders Johansen
Hans Thorvald Stokkendal	Mohammed Omar Farooq	Mette Arbjørn
Marie Baunsgaard	Sita LeBlanc Thilsted	Sara Stenum Poulsen
Katinka Brendstrup	Maria Jeppesen	Eva Nyholm
Anne Mette Holm Andersen	Trine Torp-Pedersen	Lone A. Bondo
Jan Hollensen	Maria Engedal Rasmussen	Ditte Vendelbo Jørgensen
Anders Munk	Anja Simonsen	Birgit Ottesen
Seemab Latif	Marie Høgh Sørensen	Helle Winding
Annika Goldhar Merc	Heidi Pedersen	Heiðrún María Sigurðardóttir
Camilla Auerbach	Kajsa Kemppi	Susanne Holme Surlykke
Döndu Alici	Rikke Bohl Skjelborg	Marie Balzer Busk
Mette Joost	Thomas Lunn Erstad	Christine B. Hilmand
Anita Poulsen	Lotte Riis Wildau	Morten Holm
Maria C. Harpsøe	Henrik Keller	Anna Sletgaard
Anne Sofie Bateman	Cecilie Jetsmark Geiker	Inge Ny Egund
Sophie Placing	Jakob Ravn	Jon Prause

Tanja Tran
 Anne Bukh Hofman
 Patricia Otto
 Anne-Mette Norgreen
 Sabrina Torres
 Seemab Latif
 Maiken Harder Andersen
 Cecilie Concillado
 Bothilde Lumholtz
 Tanja Lee Hilslov
 Kirstine Fabritius
 Anne Sofie Helms
 Anne Kragh Gotfredsen
 Michelle Mai Hauberg
 Maria Kusk
 Britta Forslund
 Maria Heede Blom
 Pernille thorgriksen
 Anne-Cathrine Thielsen
 Dorthe Kræmer
 Ida Bjerrum Bach
 Zahra Hamoudi
 Trine Jeppesen
 Heidi Pacino
 Helle Thusgaard
 Lasse Karlsen Eck
 Aske Hjardem Taudorf
 Martin Iversen
 Mia Vicki Fangel
 Nina Åslund
 Rikke Sund
 Michelle Gräsbeck
 Niels Christian Egede Kromann
 Aftab Rehmat
 Kristine Vaagland Jakobsen
 Stine Bundgård Rasmussen
 Lasse Nielsen

Nadeem Anwar
 Rikke Risager
 Ola Theilgaard
 Hanna Lundström
 Sara Vesth
 Jakob Vammen
 Seemab Latif
 Philip Hellmann
 Julie Birch Nørgaard
 Helene Rostad Pedersen
 Dorthe Manthorpe
 Christoffer Hasemann

Michael Eiersø Rosbach
 Anne Harloff-Helleberg
 Trine Sundberg Mikkelsen
 Janne Unkerskov
 Johannes Skjold Birkbak
 Linda Wiman
 Ahsan Ata Ullah
 Mette Dia Milling
 Tine Raun
 Søren Larsby
 Pernille Ostenfeld
 Tine Johanne Strand
 Ane Stillits Måreng
 Pamela Santiago Poggenborg
 Hanne wallentin Poulsen
 Birgitte Fossing
 Thomas kofod-andersen
 Caroline Permin
 Anna Hauge
 Magnus kastrup olsen
 Lejla Johannesen
 Bjørg Morell
 Jakob Hedegaard Schultz
 Trine Bagger Pedersen
 Maj Vadsbjerg
 Connie Dydensborg
 Mette Højlund Askeland
 Peter Berg
 Jonas Geneser
 Susan Rosenberg von Scholten
 Sidsel Böcher
 Bente Brunke
 Mette Ødum
 Nhat Ngo
 Ole Steen Johansen
 Marlene Jensen
 Thomas Dein

Christian Degn
 Camilla Elvekjær
 Jesper Erichsen
 Signe Hjorth de Neergaard
 Malene Damgaard
 Morten Nyborg Lauritsen
 Mette Sølling
 Anne Clemmensen
 Sine Schwartz-Petersen

Katrine Skov Winge Hallager
 Pernille Hansen
 Michele Saldo
 Bjørn Reseke
 Lise Toft-Skou
 Kristine Holde
 Kirstine Andersen
 Sarah Rytter
 Eva Bjerre Søndergaard
 Tine Hansen
 Birgitte Rahbek
 Lene Hammerhøj
 Mads Klinge
 Trine Wagner
 Louise Finne
 Louise Engell
 Lotte Schmidt
 Louise Charlotte Jansen
 Kristoffer Kofod Vinding
 Maria Lind Alemu
 Kristian Magnus Cordua Bech
 Katrine Linde
 Padchalack Strøm
 Line Munch-Petersen
 Kristine Boss Skårhøj
 Lene Finderup
 Linda Vedel
 Søren Sølund
 Lillian Rønnegaard Clausen
 Mette Lykke Truelsen
 Anna Kristine G.Somogyi
 Jan hollensen
 Line Andersen
 Louise Vigel Lindahl
 Katrine Bjørn Sivertsen
 Anna Begga Madsen
 Nanna Damsgaard
 Anne Katrine Bode Blyme
 Buchwald
 Signe Agersnap Axelsen
 Solvej Martensen
 Sanne Ohland-Andersen
 Lea Lauridsen
 Nicolai Thorslund
 Martin Gregers Molberg
 Anders Rask
 Jette Nissen

Per Togo
Eva Bohnstedt Christensen
Kirstine Sloth Hauberg
Carsten Laybourn
Henrik Jessen

Uddannelseslæger i almen medicin, Region Nordjylland

Christian Dalskov Larsen
Henriette Møller Christensen
Katrine Engelbrecht
Sara Mølgaard
Jesper Amstrup
Marie Østby-Deglum
Ida Müller Kollerup
Jens Tilma
Kasper Nygaard Kristensen
Julie Lyngholm Madsen
Kristina Bastholm Weesgaard
Maria Helle Jacobsen
Stine Nyby
Rana Baban
Signe Overbeck Vognstrup
Amalie Made Hagelskjær
Kristian Bruun Barup
Marie Broager Gregersen
Marcel Kjærsgaard Eriksen
Kathrine Uggerhøj
Camilla Rask
Mette Holberg Thimm
Nadja Emilie Ditlevsen
Line Hempel Linde
Mie Nybo Sørensen
Amin Bassi
Mathias Kjær Bech
Lise Bisgaard
Jesper Dahl Stender
Anne Kjær Bech
Niels Dam-Hansen
Daniel Parjab
Anne-Sophie Færch Thomsen
Eva Maria Skyum
Emilie Glarbjerg

Uddannelseslæger i almen medicin, Region Midtjylland

Lasse Fræhr Nonboe	Solvej Videbæk Bueno	Sofie Vinther
Jeppe Bøtcher Glenting	Mathias Hundahl Jensen	Maria Rosenbeck Møller
Maiken Bruun Søndergaard	Astrid Ancker	Christine Hornshøj Sørensen
Linnea Simonsen	Henriette Sav Hedegård	Anne Mette Torp
Lone Poulsen	Line Thing Clausen	Rasmus Vaaben
Line Juul Hulgaard	Maria Shannel Nahenthiram	Camilla Nue Kjeldsen
Ditte Cathrine Brodersen	Christine Ladegaard Geyti	Søren Christensen Bager
Mette Toftgaard Rønsbo	Signe Birkmose Linde	Rikke Holmgaard Andreassen
Tine Hoffmann Aagaard	Charlotte Rønn Clemmensen	Katrine Christensen
Helle Ejstrup	Emil Leth Linnet	Sophie Heidemann
Marianne Damgaard Madsen	Amalie Baun Kjærgaard	Jeppe Yeoman
Maria Munk Bækgaard	Arbnor Gashi	Ann Mai Østergaard
Emilie Risom Sandborg	Maria Dahl Overgaard	Jeppe Munkholm Schmidt
Ian Lau	Stine Catharina Primdahl	Tara Elisabeth Boelsmand Atkins
Kasper Linde	Louisa Skovlund Hollmann	Lasse Mathias Jensen
Christian Schmidt Mortensen	Sarah Bach Sørensen	Esben Stinus Spejlborg
Carina Martin	Helene Riemer Mellemkjær	Louise Jakobsen
Astrid Schmedes	Maria Baand Hejlesen	
Julie Jepsen Strøm	Marie Bräuner	
Lis-Ann Jensen	Ida Hougaard Krogh	
Christina Hansen	Cecilie Mølgaard Nielsen	
Sara Vang Thomsen	Anne-Sif Lund Schram	
Kathrine Kjær Bang	Tonje Riise Hamre	
Johanne Haahr Knudsen	Sarah Brinkmann Mogensen	
Signe Christensen	Lotte Grøn Tolstrup	
Sissel Kramer Paulsen	Maria Stisen	
Louise Bech Steinmüller	Kathrine Schmidt Jacobsen	
Emil Heilmann Lydicksen	Julie Brøchner Mogensen	
Nikolaj Friis Melgaard	Christina Jakobsgaard	
Anne Schou	Mikkel Nordmark	
Sara Mathilde Radl Hensel	Anders Kirkegaard Jensen	
Johanne Engholm	Valla Alhassan	
Karina Haslev Jønsson	Mette Elneff Graversen	
Ann-Sofie Bering Johansen	Camilla Klastrup Lisouski	
Line Haubjerg Sort	Anne Katrine Wulff Krøjgaard	
Jakob Præstgaard	Søren Hammershøj Beck	
Line Dam Nielsen	Lone Harbig	
Josip Ljubas	Maria Bengtsen	
Katrine Rasmussen	Wenxin Li	
Karen Bagger Poulsen	Mette Bjerre	
Signe Elbrønd	Line Leipziger	
Cecilie Lind	Michael Sahlholdt Høeg	
Alexander Schuricht	Naasunnguaq F. M. Ashton	

Uddannelseslæger i almen medicin, Region Syddanmark

Mathilde Laursen	Andreas Andersen	Anna Hartmann Schmidt
Ida Guldbæk Louw	Cecilie Juel Sørensen	Pernille Deleuran Højhus Poulsen
Laura Winkler	Christian Brink Agger	Maria Kjærgaard
Mette Hjortdal Grønhøj	Emilie Dahlmann de Leon	Louise Holmgaard
Anne Sofie Jepsen	Lisbet Gonge Due	Louise Paulsen
Merete Holbeck-Brendel	Marthe Straarup Thagaard	Arense Gulbech
Malene Kokholm Ladefoged	Tine Nielsen Fries	Rosa Duedahl
Katrine Rothmann Rasborg	Michelle Sand	Sofie Hasling Skadegaard
	Sissi Kristin Galadriel Almskou	
Lina Buchwald	Sönnichsen	Anas Bilal Ahmad
Mikkel Meng Mortensen	Ole Tøfmark	Søren Roest Rasmussen
Camilla Munch Grosmann	Charlotte Buhl	Julie Raeder Skagen
Kasper Emil Rosenbech	Helene Hørløck Karstensen	Malene Bue Tøllner
Tabitha Krogh Ölmestig	Sanne Rasmussen	Line Micheelsen King
Anne-Sofie Munkholm Sørensen	Alhareth Al-Obaidi	Jimmi Krøyer
Kasper Bruun Kristensen	Anni Knold	Michael Munk
Mads Siig Holtnagel	Line Aabel Stokbro	Katrine Juhl Robinson
Nina Tørring	Andreas Kragh Brix	Mie Balle Skovbo
Majken Holm Juhl Kejser	Christian Kodal Breinholt	Johanne Olivia Kühl
Maria Platon-Rødsgaard	Tommy Tran	Camilla Elmoose
Kristian Primdahl Boesen	Jakob Nøhr Schmidt	Marianne Fløjstrup
Ida Viberg Pedersen	Line Andersen	Martin Bruun Hansen
Martin Trolle	Christian Mikkelsen	Mads Hansen
Sofie S. Christensen	Nina Riddersholm Bargum	Louise Glasius
Camilla Stokke Kingo	Natascha Lange	Mette Hasle
Anna Hecht Nielsen	Dorit Kraft Weisbjerg	Isabella Djernæs Damgaard
Anna Pawlowicz	Agnete Berg Whitby	Stefan Rowald Petersen
Frederikke Bindseil Culmsee-Holm	Annette Vandkilde	Joachim Svensson
Maria Behrens Slot	Gitte Bruun Lauridsen	Søs Dragsbæk Larsen
Sarah Schultz Christensen	Lisa Kreft	
Sandra Sjørlev	Nadja Westergaard	
Rasmus Würdler Hansen	Bolette Jakobsen	
Julie Bukh Larsen	Jens Qvist Jordhøj	
Anders Heiberg Agerbeck	Andreas Stoklund Riis	
Majken Holm Juhl Kejser	Ala hashim	
Dorthe Sjødahl Bryde	Alexander Simony Tornøe Riis	
Hjalte Oltmann	Kathrine Marie Tøfmark	
Elise Torp Rahbek	Mette Grønne Laursen	
	Ulrik Eisland-Schmidt	
Elinor Sønderby	Christiansen	
Karina Weber Pedersen	Cille Cederholm Knage	
Lasse Buch Borg	Camilla Tygesen	

Uddannelseslæger i almen medicin, Region Sjælland

Gitte Rosenvinge Janstrup	Josefine Fischer Pedersen
Helle Johansen	Trine Lomo
Lotte Hvid Poulsen	Sarah Sigrid Hovmand-Geertsen
Bogdana Andreia Patachi	Jens Islin Nikolajsen
Anne-Mette Jauernik	Lars Kristian Hebsgaard Birkmose
Camilla Eckert-Lind	Elif Kart
Julie Heller Greve	Line Lydeking
Jaris Gerup	Nina Eriksen Bennike
Maja Haslund Trebbien	Ragnar Bárá Tausen
Nicolai Baagø Bjerregaard	Louise Brot Christensen
Marie Lundholm Schou	
Christine Koefoed Steffensen	
Farah Akbar	
Kirstine Chrillesen	
Jens Birk Andersen	
Bror Bastian Tobiasen	
Marie Toftdahl Christensen	
Sofia Kärnsund	
Anna Mygind Wahl	
Sara Giovannoni	
Maj-Britt Lundsgaard Schmidt	
Carina Hougaard Jensen	
Emil Bjerring Ahmad-Nielsen	
Liv Borg Holmestad	
Amar Adel Gassem	
Nazanin Hosseinpour	
Elif Kart	
Cecilie Franck	
Astrid Trier	
Rebecca Gade Johannesen	
Bjarke Rasmussen	
Sofie Kamph Flindt Larsen	
Sofia Kärnsund	
Rune Heen Kraglund	
Ingrid Mo	
Jakob Sloth Kodal	
Asthildur Arnadottir	
Sofie Skovgaard Jensen	
Dines Serkov Lender	
Emilie Askman Toft	
Karoline Rosenstand Jensen	
Lene Kjær Olsen	

Uddannelseslæger i almen medicin, Region Hovedstaden

Sif Helene Arnold	Lea Hjortshøj Lindgren	Andreas Thybo Clausen
Annika Crone Boelsmand		
Søndergaard	Madeline Malihini Jul	Ida Marie Svendsen
Malene Nepper	Mads Lodsgaard	Line Lübbert
Cecilie Lydholm	Eva Holt	Michael H.F.Fischer
Lui Näslund Koch	Sophie Maria Mathiesen	Hanin Bassi
Kamille Bahn Glerup	Emil Winther	Yasmin Teta Ben-Dali
Christian Patrick Jauernik	Sarina Freudendal	Nasim Taleshan
Emilie Karensen Lykking	Oliver Nøhr Hjorth Westh	Sofie Kryger
Christoffer Lestrup	Kamilla Møller Gundersen	Karoline Høj Launbjerg
Henrik Hedegaard Pliess Larsen	Cecilie Nørregaard Albertsen	Eva Lykke Toft
Thomas Holger Andreasen	Malene Gade	Mimmi Marie Torp
Marie Schønsted	Dewah Rahimi	Graciela Razouk
Mads Skov Koch	Aho Bazargan	Line Rosander Grøn Nielsen
Christina Bachmann Thering	Anne Sofie Bang-Larsen	Katja Flyger Dalberg
	Amalie Pauline Bjerregaard	
Daniel Staal Nyboe	Clausen	Miriam Colstrup Sommer
Maria Brangstrup Hansen	Amalie Vind Engberg Hanke	Astrid Ekstrøm Rähr
Kristófer Vainer Pálsson	Mikkel Engberg Jensen	Vu An Do
Mille Kathrine Malihini Heinesen	Anne Kirstine Madsen	Josefine Eis Pedersen
Bolette Frydendal Jeppesen	Adeel Suhail Sethi	Ida Maria Storm Engelstoft
Maria Raun	Jonas Frimer Kristiansen	Hanna Skogø Rosenkrands
Thomas Victor Christensen	August Jacobi	Rennette Christine Mørkøv Jensen
Katrine Høgenhaven	Stine Foss	Daniella Christrup
Franciska Nilsson Berg	Louise Bruun Østergaard	S m osama bin Abdullah
Pernille Hølmkjær	Zeynep Ünver Güven	Christine B Andersen
Gudrun Agusta Sigurdardottir	Abdullah El Haddouchi	Meera Thaneswaran-Eriksen
Siff Randløv Lydolph	Nadia Ahmed	Sol Schjørring
Jakob Sobocki	Natasha Louise Friis Askbo	Emir Al-Ashtary
Sophie Wiben Brix	Conny Martinsen	Oliver Rabe
Camilla Brønshøj Rahbek	Julie Rydberg	Anne Katrine Lykke Bie
Nynne Bjerre Andersen	Kamille Bjerregård Elgstrøm	Emil Tikander
Sara Kaae Frandsen	Kristian Garlin Halby	Yama Osmai
Amalie Læssøe Markers	Zein Berjawi	Elisabeth Sand Thorup
Rikke Juelsgaard Petersen	Caroline Vinkel	Maria Hagelskjær Sjursen
Or Joseph Rahbek	Samira Zirak-Schmidt	Cecilie Johnsen
Christoffer Ibsen	Chanett Adiam Nguyen	Jógvan Øregaard
Ervin Pojskic	Lana Chafranska Andersen	Aira Kamic
Nassima Dekkar	Stine Sommer-Larsen	Louise Bjørkholt Andersen
Amanda Bjerre Aaen	Tine Aae Nielsen	Sandra Nassif
Bircan Tekin Jones	Simon Bahn Glerup	Jeppe Meyer
Ann-Louise Rud Windfeldt		
Bækgaard	Emilie Olsson	Fatima Buzquurz
Kirsten Stougaard	Terese Kansing	Charlotte Prag
Signe Falcon Søby	Yaffah Wiegandt	Louise Krog Vind
Anders Holt	Agnes Davidsen	Josefine Hastoft Mainborg
Lena Refsgaard	Thomas Victor Christensen	Nanna Holm
Kirstine Nielsen	Louise Wulff Bagger	

Ingrid Finnekaasa Roome
Linda Jensen
Thamina Rasul
Katarina Nikolic
Pernille Galle Boye
Marie Steglich-Petersen
Laurits Lundberg
Michelle Munk Lie-Olesen
Fernando Vammen
Gitte Rudbeck Røge
Emil Dalgaard Christensen
Tania Hviid Bisgaard
Lisbeth Hven
Isabel Nyring
Mette Rugbjerg
Louise Aarestrup
Kristina Marcus Have
Ditte brunsgaard Mogensen
Elise Stjernholm
Ellen Bjerrum
Mathies Mørck Jepsen
Marie Ødum
Tina Ma
Nanna Kolby Thomsen
Sofie Thurø Eriksen
Anna Holm-Sørensen
Heba El-Sayed
Charlotte Herzog
Emma Stephanie Ramstad
Andreas Højagergaard
Chivita Bechmann Nielsen
Philippa Nordbæk Fedai
Philip vensby
Ditte Andersen
Andreas Overgaard Thorsen
Sissal S. Djurhuus
Maria Jane Bentzen
Malene Nøhr Demant
Liam Ash-Collins
Line Højlund Clausen
Ida Holdt Rasmussen
Mikkel Dres Sjøgaard-Frich

Lis Wang
Antonio Rodrigues-Andersen
Hans-Henrik Frederiksen
Victoria Hultén
Salome Hollensen
Marie Steglich-Petersen
Camilla Ravn Vainø

Pensionerede speciallæger i almen medicin

Allan Pelch

Mads Søndergaard

Mette Bechmann Laursen

Jette Christensen

Vibeke Eitz

Marianne Puge

Marianne From

Annette Wessel Lindberg

Claus Aasøe Rasmussen

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Annika Bonde (annb@sum.dk), Gro Kari Holen (GKH@SUM.DK)
Fra: Lærke Lund (laerke.l.lund@gmail.com)
Titel: Bevar familielægen
Sendt: 15-07-2025 06:30

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære Sophie Løhde & politikere

Jeg skriver til jer som patient, fordi jeg er dybt bekymret over det nye lovforslag om almen praksis, som de facto vil ødelægge familielægen.

For mig handler en fast læge ikke bare om at få taget blodprøver eller forlænget en recept. Det handler om tryk og om at blive mødt som et menneske af en, der kender min historie.

Med det nye lovforslag risikerer jeg og mange andre at miste netop det. Hvis lægerne mister retten til selv at vurdere, hvor mange patienter de kan tage ind, går det ud over kvaliteten i vores behandling.

Hvis de pålægges flere opgaver og længere åbningstider uden medbestemmelse, bliver der mindre tid til os som mennesker. Jeg frygter, det vil skabe stressede læger, som til sidst forlader faget.

Hvis regionerne får ret til at opsiges samarbejdet med læger og i stedet indsætte store koncernklinikker, mister vi relationen til den læge, vi kender og har tillid til.

Konsekvensen vil være længere ventetider, dårligere behandlingsforløb og et sundhedsvæsen, der mister sin sjæl. Vi patienter bliver taberne.

Jeg vil gerne have et sundhedsvæsen, hvor lægen kender mig, og jeg kender min læge.

Derfor beder jeg jer: Lyt til både lægerne og os patienter. Vi har brug for kontinuitet, ansvarlighed og nærhed i behandlingen – ikke flere kolde systemer.

Mvh Lærke Lund

Cand.merc.AEF, CBS



Dato: 21. august 2025

Sagsnr.: 2025-05219

PLO's høringssvar vedr. lov om ændring af sundhedsloven.

PLO takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.).

Høringssvaret indeholder – foruden et resumé – bemærkninger til følgende elementer i lovforslaget:

1. Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen.
2. Aftalen om vilkår for alment praktiserende læger.
3. Reglerne om etablering af almen praksis.
4. Nyt tvistløsningssystem.
5. Adgang til data m.v.
6. Etablering af almenmedicinske tilbud.

Resumé

PLO bakker fortsat op om sundhedsreformens mål, herunder at styrke det nære sundhedsvæsen med henblik på:

- at der skal være mindst 5.000 praktiserende læger
- at skabe et stærkere, mere nært og bedre balanceret sundhedsvæsen, der er endnu tættere på borgerne
- en reduktion af ulighed i sundhed
- en bedre fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer på tværs af landet
- en økonomisk, faglig og geografisk prioritering af indsatser og ressourcer til dem, der har de største behov
- at alle borgere har adgang til en praktiserende læge tæt på, uanset hvor man bor
- at langt mere behandling og pleje kan foregå hos egen læge og/eller i borgerens eget hjem

Det fremsatte lovforslag vil imidlertid efter PLO's opfattelse i sin nuværende udformning ikke fremme de ovenfor anførte mål.

Lovforslaget underminerer i høj grad det aftalebaserede system, indfører en betragtelig topstyring af almen praksis, fratager de praktiserende læger væsentlige dele af deres autonomi, eksponerer de praktiserende læger for økonomiske risici uden tilstrækkeligt retssikkerhedsgarantier og risikerer at afvikle den almenmedicinske viden og faglighed, der er opbygget i det aftalebaserede system i form af fx efteruddannelse, forskning, kvalitetsklynger og IT.

I praksis vil det indebære, at de praktiserende lægers selvstændighed, faglige

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø
Tlf.: +45 3544 8477
Tlf. (dir.): +45 3544 8315
E-mail: lip@dadl.dk

www.plo.dk

indflydelse og dedikation til at udvikle sektoren undergraves til fordel for en overstyring af almen praksis med ensidigt fokus på økonomi – uden at det offentlige samtidig overtager ansvaret for fx drift, personale og økonomi.

Samlet set er der tale om så væsentlige indgreb i de praktiserende lægers faglighed, økonomi og trivsel, at lovforslaget sandsynligvis vil indebære, at flere læger vil forlade faget før tid, og at færre yngre læger vil have lyst til at blive praktiserende læger. Det vil føre til yderligere lægemangel, dårligere lægedækning og mindre tid til patienterne samtidig med, at det vil hindre den faglige udvikling, der har gjort dansk almen praksis til én af verdens bedste.

PLO anbefaler derfor, at lovforslaget grundlæggende omformuleres på en række centrale områder således, at de nuværende og kommende praktiserende lægers tillid til, at almen praksis som selvstændigt erhverv har en fremtid, genetableres, herunder navnlig, at:

- der i videst mulig udstrækning bevares et balanceret, tillidsbaseret og forpligtende aftalerum mellem det offentlige og PLO, hvor almen praksis kan udvikles med udgangspunkt i et ligeværdigt samarbejde, herunder:
 - at det udtrykkeligt fremgår af lovgivningen, at alle øvrige vilkår udover opgavebeskrivelser, basisfunktioner, tvistløsningssystem og kapacitetsstyring fortsat er en del af aftalerummet, herunder fx åbningstid, efteruddannelse, forskningsområdet, kvalitetsklynger og IT
 - at honorarstrukturen overlades til frie og uafhængige forhandlinger mellem det offentlige og PLO uden forudgående lovgivningsmæssige bindinger om udformning og resultat
- lægernes retssikkerhed i forbindelse med tvister utvetydigt sikres således, at der ikke kan rejses tvivl om proportionalitet og habilitet i de afgørelser, der træffes af offentlige myndigheder
- der bevares et aftalebaseret grundlag for, at regionerne og de praktiserende læger kan samarbejde om udviklingen af almen praksis

Det bemærkes, at lovforslaget siden dets fremsættelse har ført til så omfattende protester fra medlemmer af fx PLO, FYAM, DSAM, YL og FADL, at det har haft en negativ indvirkning på den opbakning til sundhedsreformen, der hidtil har været blandt de nuværende og kommende praktiserende læger. Det er derfor PLO's anbefaling, at en evt. ændring af lovforslaget så hurtigt som muligt kombineres med en tydelig kommunikation om – og plan for – fremtidens almene praksis således, at det bliver muligt at genskabe den tillid, der er gået tabt.

Endelig gør PLO opmærksom på, at lovforslaget er præget af et meget stort rum for fortolkning, der gør det vanskeligt at overskue konsekvenserne, hvis det vedtages i den nuværende form. Politiske hensigtserklæringer ("mere lighed og nærhed"), reguleringsstekst ("regionsrådet kan..."), og implementeringsideer ("det kunne f.eks. indebære...") sammenblandes på en sådan måde, at det skaber uklarhed med hensyn til, hvad der ændres i den nuværende struktur, og hvad der bevares. Bemærkninger i lovforslaget har endvidere nogle steder karakter af lovgivning, selvom de ikke fremgår af selve lovteksten. Det har i sig selv bidraget til en betydelig usikkerhed om hensigterne og skabt et rum for fortolkninger, som muligvis ligger ud over intentionerne.

PLO anbefaler derfor, at lovforslaget gennemskrives på ny med henblik på en præcisering af, hvad lovforslaget egentlig indebærer for almen praksis, herunder navnlig hvilke dele af det nuværende system, der demonteres som følge af lovforslaget, og hvad der bevares.

1. Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen.

Klinikkernes åbningstid

Sundhedsstrukturkommissionen foreslog i sin rapport, at der som led i opgavebeskrivelsen skulle fastlægges en basisfunktion, som bl.a. omfattede en beskrivelse af *"basal tilgængelighed ... som alle klinikker uanset leverandørform i udgangspunktet skal leve op til."*

PLO bemærker, at ordet "basal" ikke er medtaget i bemærkningerne til lovforslaget: *"Basisfunktionen vil indeholde krav og anbefalinger til ... tilgængelighed... "*.

Der er betydelig forskel på, om myndighederne kan fastsætte den basale tilgængelighed, svarende til den aktuelt aftalte i overenskomst om almen praksis, eller om myndighederne frit kan fastsætte tilgængeligheden. Den hjemmel, ministeren får i medfør af bestemmelsen, kan således rent juridisk anvendes til at stille krav om, at almen praksis skal holde åbent alle ugens dage, døgnet rundt, hele året – også i weekender og på helligdage.

PLO gør for det første opmærksom på, at tilgængelighed for solopraktiserende læger er lig med arbejdstiden. Lovforslaget vil derfor kunne indebære, at praktiserende læger bliver den første gruppe af selvstændigt erhvervsdrivende i Danmark, der ikke selv kan bestemme deres arbejdstid, og vil stille de læger, der udøver deres hverv i en selvstændig klinik ud fra en aftale med det offentlige, betydeligt ringere end læger, der er ansatte i almenmedicinske tilbud, og hvis højeste arbejdstid dermed er indhegnet af kollektive overenskomster.

For det andet vil kravet om øget åbningstid for læger i større praksis ofte indebære, at der skal udvides med flere ressourcer og investeres yderligere i klinikkerne. Den risikovillighed vil ikke nødvendigvis være til stede i lyset af, åbningstiden og opgavemængden til enhver tid kan omkalfatres af det offentlige uden forhandling med repræsentanter for de praktiserende læger.

Konsekvensen af ovenstående er, at mindre praksis vil blive tvunget til at lukke eller søge at blive sammenlagt i større enheder, der i højere grad kan foretage en kollektiv risikoafdækning og trække på fælles ressourcer. Det vil imidlertid indebære et ønske om centralisering af klinikkerne – formentlig ind mod de større bysamfund – stik imod intentionerne i sundhedsreformen om større nærhed og lighed i adgangen til sundhed.

For det tredje må det ved fastlæggelsen af åbningstiden tages i betragtning, at øget tilgængelighed lægger beslag på flere læger og derfor er i konkurrence med ønsket om bedre lægedækning, indtil der er uddannet tilstrækkeligt mange læger. Dette er navnlig en udfordring, fordi den øgede tilgængelighed ifølge forskningen som oftest kommer de ressourcestærke i de største bysamfund til gode og derfor kan skabe mere ulighed i sundhed.

I den forbindelse bemærkes, at en øget åbningstid i almen praksis også indebærer, at de funktioner på sygehusene, der understøtter almen praksis i åbningstiden, skal have udvidet deres tilgængelighed tilsvarende. Det er omsonst at udvide åbningstiden i almen praksis, medmindre muligheden for at fx at kontakte specialister på sygehusene og sende blodprøver til laboratorierne udvides tilsvarende. En større tilgængelighed skal derfor koordineres meget nøje med en udvidelse af almen praksis' tilgængelighed til det sekundære sundhedsvæsen.

For det fjerde vil en ændring af den nuværende aftalte åbningstid være så væsentligt et indgreb i den eksisterende aftale, at det ikke alene vil få betydelige, negative konsekvenser for lægernes trivsel og samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen, men også kan indebære, at overenskomsten må anses for at være bortfaldet som følge af bristende forudsætninger, idet myndighederne ensidigt har ændret en bindende aftale ved lov. Det bemærkes i den forbindelse, at der allerede som følge af lov nr. 718 af 20. juni 2025 og bekendtgørelse nr. 975 af 30. juni 2025 er foretaget væsentlige indgreb i den gældende overenskomst i kraft af den nationale kapacitetsstyring og fastsættelse af minimumspatienttal.

Når det er sagt, respekterer PLO forventningen om, at tilgængeligheden på sigt vil blive bedre som følge af, at antallet af praktiserende læger øges. Forventningen om, at 5.000 praktiserende læger vil tilbyde bedre tilgængelighed end ca. 3.500 praktiserende læger, må imidlertid ikke omsættes til et diktat, der direkte eller indirekte vedrører den enkelte læges åbningstid.

PLO anbefaler derfor for det første, at det udtrykkeligt fremgår af lovgivningen, at ministeren alene i kraft af basisfunktionen kan fastsætte regler om den basale åbningstid, og at denne basale åbningstid ikke kan gå ud over, hvad der allerede er aftalt i den gældende overenskomst. Alle krav om øget åbningstid derudover må forhandles med de praktiserende læger som led i den nationale aftale således, at den reelle arbejdstid for den enkelte praktiserende læge fortsat er en del af aftalen mellem parterne.

Endelig bemærkes, at det i henhold til den nuværende overenskomst står alle praktiserende læger frit for at holde mere åbent, end der fremgår af overenskomsten. På samme måde står det allerede regionsklinikker og udbudsklinikker frit for at holde mere åbent end praktiserende læger, der virker efter overenskomsten. Det er så vidt ses i ingen tilfælde sket. For så vidt angår klinikker drevet efter overenskomsten, beror det på, at regionerne ikke har været villige til at dække de omkostninger, en øget åbningstid vil medføre for klinikkerne, og øge den økonomiske ramme tilsvarende.

Forskning, efteruddannelse og kvalitetsarbejde m.v.

Det følger af forslaget til ny § 57 I, at krav og opgaver m.v. til det almenmedicinske tilbud fastsættes i den nationale opgavebeskrivelse med en basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, at regionsrådet er forpligtet til at tilvejebringe og tilrettelægge det almenmedicinske tilbud i henhold til den nationale opgavebeskrivelse, og at klinikker i det almenmedicinske tilbud er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med krav og opgaver m.v. fastsat i basisfunktionen for det almenmedicinske tilbud.

I bemærkningerne til § 57 I anføres det, at den nationale opgavebeskrivelse vil omfatte "... regionsrådets forpligtelser i forhold til at understøtte og udvikle de

almenmedicinske tilbud fagligt. Heriblandt regionens understøttelse af forskning i almenmedicinske tilbud og patientforløb i det primære sundhedsvæsen og dataunderstøttet kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Opgavebeskrivelsen vil desuden skulle indeholde en beskrivelse af regionsrådets forpligtelser til opfølgning på overholdelse af krav i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen, herunder brug af data og opfølgning af kvalitet."

Det anføres desuden i bemærkningerne til § 57 l, at basisfunktionen vil indeholde en *"... beskrivelse af systematisk og selvvalgt efteruddannelse til vedligeholdelse og udvikling af kompetencer hos læger og øvrige faggrupper m.v. Derudover vil basisfunktionen skulle indeholde krav til klinikkens arbejde med kvalitetssikring og -udvikling data og deltagelse i f.eks. kvalitetsarbejde."*

Endelig fremgår det af bemærkningerne til den ny § 227 a, stk. 1, at en *"... smallere central rammeaftale fra 2027 skal erstatte Overenskomst om almen praksis..."* og at det vil være en *"... smal aftale om primært økonomi med afsæt i den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse."*

Det nævnes ingen steder i lovforslaget, om fx den nuværende overenskomsts bestemmelser om forskning, efteruddannelse, kvalitetsarbejde og IT fortsat skal aftales. En tolkning af forarbejderne synes tværtimod at lægge op til, at forskningen henlægges til regionerne, at efteruddannelse, kvalitetsarbejdet og IT fastlægges af ministeren som en del af basisfunktionen og/eller bestemmes af regionerne, og at aftalesystemet i alt væsentligt alene kommer til at vedrøre den økonomi, der måtte være forbundet med de opgaver, der fastlægges i basisfunktionen.

Med udgangspunkt i § 57 l og § 227 a kan ministeren og regionerne dermed så vidt ses overføre forsknings-, efteruddannelses- og IT-området fra et aftalebaseret system til offentlig regulering. Det vil ikke alene indebære, at den almenmedicinske faglighed ikke længere inddrages systematisk i udviklingen af faget, men også gøre skade på almen praksis' internationalt anerkendte kvalitetsinfrastruktur.

Lovforslaget går på dette område videre end aftalen om en sundhedsreform, hvoraf det fremgår, at *"Aftalepartierne bakker op om, at en fuld gennemførelse af reformen tager udgangspunkt i, at centrale initiativer om økonomiske rammer og vilkår for de almenmedicinske læger skal aftales."* Sammen med selve honorarstrukturen og åbningstiderne findes der ikke et mere centralt element i den nuværende overenskomst end overenskomstens bestemmelser om det, der under ét kan betegnes som "fagets institutioner", dvs. forskningen, efteruddannelsen, kvalitetsklyngerne og IT-området.

Det bemærkes, at lovforslaget også går længere end anbefalingerne fra Sundhedsstrukturkommissionen, idet kommissionen anbefalede, at det alene var den nationale fastlæggelse og regulering af basisfunktioner, omfordelingen af ressourcer efter sundhedsbehov og et nyt system for tvistløsninger, der ikke længere skulle være en del af overenskomsten, mens alle øvrige elementer som hidtil skal fastlægges ved en central rammeaftale.

PLO anbefaler derfor, at det som anbefalet af Sundhedsstrukturkommissionen udtrykkeligt fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at parterne som hidtil aftaler alt det, der ikke udtrykkeligt ved lov skal reguleres af det offentlige, herunder fx aftaler om forskning, efteruddannelse, kvalitetsklynger og IT-området m.v. således, at

parterne med inddragelse af DSAM kan opretholde det nødvendige samarbejde for at kunne udvikle disse områder i fællesskab med regionerne.

Almen praksis' faglige udvikling

Faget almen praksis er hidtil blevet udviklet i et tæt samarbejde mellem de praktiserende læger og de offentlige myndigheder, hvor navnlig DSAM har spillet en stor og væsentlig rolle.

Dette samspil ændres markant med lovforslaget, når det i forslaget til § 57 l, stk. 4, anføres, at det er indenrigs- og sundhedsministeren, der fastsætter nærmere regler om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud. Hjemlen indebærer, at ministeren i princippet kan fastsætte disse regler uden inddragelse af faglig ekspertise og på baggrund af politiske prioriteringer, der kan tilside-sætte almen praksis' faglighed. Bestemmelsen indebærer fx, at en siddende minister vil kunne flytte opgaver til almen praksis uden dokumentation for faglighed, kapacitet, patienthensyn eller sundhedsøkonomisk gevinst. En minister vil også kunne fravælge opgaver af politiske årsager. Begge dele kan medføre en skævvridning af ressourcer, forringet kvalitet og uforudsigelighed for både patienter og læger.

Med henblik på at sikre en betryggende adskillelse af politiske hensyn og faglige overvejelser anbefaler PLO for det første, at det udtrykkeligt fremgår af selve lovteksten, at den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion skal udarbejdes af Sundhedsstyrelsen efter inddragelse af de relevante organisationer og eksperter, herunder PLO, DSAM og forskningsenhederne, og at ministerens opgave bliver at godkende det af Sundhedsstyrelsen udarbejdede forslag. Det bemærkes hertil, at PLO ikke anser det for tilstrækkeligt, at det fremgår af forarbejderne til loven, at Sundhedsstyrelsen skal udarbejde en opgavebeskrivelse og basisfunktion, idet der ikke bør lovgives i forarbejderne.

For det andet anbefaler PLO, at det udtrykkeligt fremgår af lovforslaget, at der i forbindelse med en ændring af basisfunktionen skal laves en analyse af kapacitet og faglighed i almen praksis og en beregning af den samfundsøkonomiske betydning. Derudover bør patienternes perspektiv inddrages. Formålet er at sikre mod vilkårlige ændringer, der hverken tjener patienter eller samfundet og/eller går ud over rammerne for faglighed og kapacitet i almen praksis. Samtidig er det nødvendigt, at basisfunktionen tager højde for, hvad der realistisk kan stilles af faglige krav til almen praksis. Variansen i patientsammensætningen kan fx indebære, at ikke alle klinikker har den nødvendige rutine til at udføre en funktion, og der må i de tilfælde være mulighed for at, at en klinik kan fritages for en opgave.

For det tredje anbefaler PLO, at lovforslaget ændres, så det klart fremgår af bemærkningerne, at basisfunktionen definerer rammer og minimumsforventninger – men ikke fratager den enkelte læge retten til at prioritere og planlægge ud fra konkrete og lokale forhold, herunder navnlig hensynet til patienterne. Den nuværende formulering efterlader en tvivl om, hvorvidt basisfunktionen kan anvendes til at gribe ind i alle de dele af lægens virksomhed, som ikke direkte vedrører det faglige skøn i relation til patienten. I den forbindelse er det afgørende, at basisfunktionen beskrives så præcist, at den enkelte praktiserende læge har klarhed over, hvad der forventes; ikke mindst fordi regionen kan sanktionere den enkelte læge for manglende opfyldelse af basisfunktionen.

For det fjerde gør PLO opmærksom på, at forslaget indebærer et nybrud, idet regionerne ikke længere både bestiller og betaler for opgaver i almen praksis. Det bliver således ministeren, der fastsætter almen praksis' opgaveportefølje, men det er regionerne, der skal betale for, at opgaverne udføres. Konsekvensen heraf kan være en manglende betalingsvilje hos regionerne, hvis regionerne ikke efterfølgende får øget deres budgetter svarende til opgaveudviklingen, hvilket kan vanskeliggøre forhandlingerne mellem parterne.

Endelig gør PLO for det femte og sidste opmærksom på, at ønsket om, at almen praksis fortsat skal have en stabil gatekeeperrolle, levere kontinuitet og være en aktiv medspiller i det samlede sundhedsvæsen, ikke genfindes i lovforslaget, når man samtidig fjerner de praktiserende læger fra de tværsektorielle beslutningsfora, hvor der er mulighed for at være en del af det samlede sundhedsvæsen. Et ensidigt fokus på det almenmedicinske tilbud som en leverandør er et paradigmeskift og kan desværre bidrage til at flytte al opmærksomhed til det eneste, som almen praksis fortsat vil kunne påvirke: De økonomiske rammer. Det kan skabe en øget mistillid imellem parterne i det nære sundhedsvæsen og føre til, at den nylige udvikling med flere private tilbud i almen praksis vil blive accelereret.

PLO anbefaler derfor, at der lovgivningsmæssigt opretholdes en samarbejdsstruktur, hvor parterne kan udvikle det nære sundhedsvæsen i fællesskab, og at den nærmere aftale om, hvordan denne struktur skal opbygges, indgås af parterne i forbindelse med indgåelsen af den nationale aftale.

Opgaveglidning

PLO anerkender, at et af hovedformålene i sundhedsreformen er et mere ensartet almenmedicinsk tilbud. Dette indbefatter, at det klarlægges, hvilke opgaver der reelt ligger i det almenmedicinske tilbud, og hvilke der skal ligge andre steder i sundhedsvæsenet, således som det også blev anbefalet af Sundhedsstrukturkommissionen. Det er imidlertid uklart, hvordan den tiltænkte basisfunktion og opgavebeskrivelse skal sikre en entydig og ensartet fordeling af opgaverne i hele landet, og hvordan den skal være et værn mod opgaveglidninger som følge af lokale prioriteringer eller faglige selskabers retningslinjer. Den såkaldte opgaveglidning, der typisk sker fra hospitaler til almen praksis, og som påvirker antallet og omfanget af opgaver i det almenmedicinske tilbud, er dermed ikke tilstrækkeligt indhegnet.

PLO anbefaler derfor, at det udtrykkeligt fremgår af lovforslaget, at basisfunktionen og opgavebeskrivelsen i fællesskab skal udgøre et værn mod opgaveglidning, herunder at det klart tilkendegives, at opgaver alene kan flyttes mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen i kraft af basisfunktionen og opgavebeskrivelsen. Det vil indebære, at opgaver ikke kan flyttes ved ensidig beslutning af en afdeling på et sygehus, eller ved at et fagligt selskab reviderer sine retningslinjer for, hvordan en patient skal behandles.

2. Aftale om vilkår for alment praktiserende læger.

Honorarstruktur

PLO er enig i, at der skal udvikles en ny honorarstruktur for alment praktiserende læger. Den nuværende struktur kan forekomme unødigt kompliceret og indeholder nogle steder bestemmelser, der ikke giver tilstrækkelige incitamenter til at understøtte de overordnede mål med sundhedsreformen.

PLO tilslutter sig endvidere fortsat som anført af Sundhedsstrukturkommissionen, at honorarstrukturen skal understøtte sammenhæng mellem patienttyngde og differentiering, understøtte tværfagligt samarbejde samt være enkel og overskuelig.

PLO finder derudover, at en ny struktur også skal fastholde en rimelig sammenhæng mellem arbejdsmængde og honorering, og at den bør give incitamenter, der understøtter udvikling og ibrugtagning af ny sundhedsteknologi. Endelig må en forenkling af honorarstrukturen ikke komplicere forståelsen af samme. Hvis honorarstrukturen bliver sværere at fortolke, kan det medføre øget kontrol og dokumentation og risiko for flere sager. Det er tidskrævende og medfører mere bureaukrati og giver dermed mindre tid til patientbehandling og sundhed for pengene.

Sundhedsstrukturkommissionen forudsatte, at en ny honorarstruktur skal forhandles mellem parterne. Parterne bag aftalen om sundhedsreformen gav udtryk for det samme, når det i aftalen blev anført, at *"Aftalepartierne bakker op om, at en fuld gennemførelse af reformen tager udgangspunkt i, at centrale initiativer om økonomiske rammer og vilkår for de almenmedicinske læger skal aftales. Samtidig lægger aftalepartierne generelt stor vægt på, at arbejdet med implementeringen af reformen sker i tæt og konstruktiv dialog mellem parterne. Aftalepartierne forventer på den baggrund, at nødvendige aftaler kan indgås med de praktiserende læger."*

Lovforslaget lægger imidlertid ikke op til, at honorarstrukturen skal forhandles i nævneværdigt omfang. Den foreslåede bestemmelse i sundhedslovens § 227 a, stk. 4, fratager således de praktiserende læger store dele af det aftalerum om økonomiske rammer, som både kommissionen og aftalepartierne havde lagt op til, når det udtrykkeligt anføres, at dele af honoreringen skal differentieres med udgangspunkt i det behandlingsbehov på klinikniveau, som følger af den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud.

Bestemmelsen giver således i vid udstrækning ministeren mulighed for ensidigt at fastsætte dele af honorarstrukturen – eller underkende det forhandlingsresultat, som parterne måtte nå frem til. At dette er hensigten, synes også at fremgå af bemærkningerne, hvoraf følgende fremgår:

"Den foreslåede ordning vil medføre, at parterne, der indgår aftale om vilkår for alment praktiserende læger lovmæssigt forpligtes til at aftale en væsentlig differentiering af honorarerne for ydelser udført i henhold til § 60, stk. 1 om vederlagsfri behandling i det almenmedicinske tilbud og for efterlevelse af krav i basisfunktionen for det almenmedicinske tilbud efter § 57 l.

Forslaget forudsætter, at honoreringen for de alment praktiserende læger differentieres med udgangspunkt i den nationale model for styring og fordeling af lægekapaciteter og det derigennem beregnede behandlingsbehov blandt patienterne på klinikniveau. Honorarerne skal dermed afspejle, at der er forskel på behandlingstygden på tværs af klinikker i det almenmedicinske tilbud. Differentieringen i honorering skal fx understøtte, at der er rimelige og sammenlignelige indtægtsmuligheder på tværs af lægekapaciteter, hvor fordelingsmodellen på klinikniveau tilsiger forskellige antal tilmeldte patienter svarende til det samme antal sygdomsvægtede borgere. Det følger af Aftale om Sundhedsreform 2024, at læger med en høj patienttyngde skal kunne have færre patienter uden at miste indtjening, mens læger med en lavere patienttyngde skal have flere patienter for at opretholde den samme indtjening.

Det er intentionen, at honoreringen for det almenmedicinske tilbud i væsentlig grad skal differentieres med udgangspunkt i den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, men også indeholde visse aktivitetsbaserede honorarer."

Aftalerummet indskrænkes imidlertid ikke alene, for så vidt angår bestemmelsen om, at der skal aftales en differentiering med udgangspunkt i den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud. Det indskrænkes yderligere af, at det fremgår af forarbejderne til bestemmelsen, at differentieringen skal have en *"væsentlig grad"*, og at *"læger med en høj patienttyngde skal kunne have færre patienter uden at miste indtjening, mens læger med en lavere patienttyngde skal have flere patienter for at opretholde den samme indtjening"*.

Såvel størrelsen af differentieringen som resultatet af differentieringen bliver dermed et lovgivningsmæssigt anliggende, hvorefter ministeren med hjemmel i den nye § 227 a, stk. 4, kan underkende en aftale, fx fordi ministeren ikke synes, at differentieringen er væsentlig nok, eller at resultatet ikke i tilstrækkelig grad øger arbejdsbyrden for nogle læger uden tilsvarende økonomisk kompensation.

Den frie forhandling af en ny honorarstruktur er hermed i alt væsentligt sat ud af kraft, og det tilbageværende aftalerum er så begrænset, at parterne alene inden for nogle snævre rammer har hjemmel til at forhandle et oplæg til ministerens godkendelse.

Derudover er det ud fra en konkurrenceretlig betragtning i sig selv problematisk, at lovforarbejderne tilkendegiver, at honorarstrukturen for praktiserende læger, der virker efter aftalen med det offentlige, skal indrettes på en sådan måde, at *"læger med en høj patienttyngde skal kunne have færre patienter uden at miste indtjening, mens læger med en lavere patienttyngde skal have flere patienter for at opretholde den samme indtjening"*.

Denne del af lovforslaget vil indebære, at det vil blive mindre attraktivt at slå sig ned som praktiserende læge i områder med en lavere patienttyngde, men kun for så vidt angår praktiserende læger, der er omfattet af aftalen med det offentlige. Det offentliges egne klinikker (fx regionsklinikker) og andre private udbydere (fx udbudsklinikker) bliver så vidt ses ikke underlagt samme krav til honorarstruktur og vil derfor have en konkurrencemæssig fordel, al den stund de ikke i lovgivning, aftale eller overenskomst bliver pålagt en ringere honorering og mere arbejde som følge af en lavere patienttyngde.

Det er derfor PLO's opfattelse, at et sådant statsligt indgreb i honorarstrukturen, der ikke gælder alle aktører på markedet, kan være i strid med konkurrencelovgivningen og reglerne om statsstøtte. For at undgå langvarige tvister om dette spørgsmål i retssystemet anbefaler PLO derfor, at der foretages en dybtgående juridisk granskning af formuleringerne i denne del af lovforslaget.

PLO skal for god ordens skyld understrege, at kritikken af ovenstående ikke er udtryk for en uenighed om, at praktiserende læger skal prioritere blandt patienter, at serviceniveauet skal være højere for gruppen af patienter med høj sygdomsbyrde end for patienter med lav sygdomsbyrde, og at en ny honorarstruktur skal være med til at understøtte en bedre lægedækning i form af fx en differentiering af honorarer. Det

er alene dels udtryk for, at PLO rent principielt mener, at der skal være et frit og åbent forhandlingsrum, når honorarstrukturen skal forhandles mellem parterne, og at PLO ikke kan acceptere, at lovgivningen fastsætter, at differentieringen er et nul-sumsspil, hvor nogle praktiserende lægers honorarer reelt skal sættes ned, for at andres kan sættes op.

PLO anbefaler derfor, at bemærkningerne i lovforslaget om honorarstrukturens indretning omformuleres således, at parterne frit kan indgå en aftale om en ny honorarstruktur uden at være bundet af et diktat i lovteksten og lovens forarbejder.

Produktivitetsgevinster og den økonomiske ramme

Forhandlingsrummet i en ny honorarstruktur begrænses ud over ovenstående yderligere af, at det fremgår af lovens forarbejder, at honorarstrukturen skal "... udarbejdes og aftales under hensyn til, at det almen medicinske tilbud skal styrke sin tovholderfunktion, det tværfaglige- og-sektorielle samarbejde og understøtte en effektiv prioritering og fokusering af opgaverne i det almen medicinske tilbud. En forenklet honorarstruktur skal også sikre, at produktivetsforbedringer kommer hele sundhedsvæsenet til gavn."

PLO er ikke uenig i, at en honorarstruktur skal honorere fx tovholderfunktion og tværfagligt- og sektorielt samarbejde, men finder principielt ikke, at bemærkningerne til et lovforslag skal forsøge at diktere, hvad parterne skal aftale.

Hertil kommer bemærkningen om produktivitetsgevinster, som er vanskeligt forståelig, da det ikke uden videre kan konkluderes, at en ændret honorering øger produktiviteten.

Opnår en selvstændig erhvervsdrivende forbedret produktivitet, tilfalder et muligt overskud som udgangspunkt virksomheden, som evt. kan vælge at anvende et øget provenu til investering i opretholdelse og udvikling af virksomheden. Det kommer i sig selv hele sundhedsvæsenet til gavn. Det er imidlertid uklart, om bemærkningen skal forstås således, at produktivitetsgevinsten derudover også i henhold til lovforslaget skal omfordeles til andre dele af sundhedsvæsenet. PLO anerkender, at det kan være et led i en forhandling – men ikke, at det ved lovgivning dikteres, hvorledes produktivetsforbedringer skal fordeles.

PLO anbefaler derfor, som nævnt ovenfor, at bestemmelserne om, hvad honorarstrukturen skal eller ikke skal indeholde, fjernes, således at parterne frit kan indgå en aftale om en ny honorarstruktur uden at være bundet af et diktat i lovens forarbejder.

Økonomi til nye opgaver

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at det kommende aftalesystem "... vil skulle afspejle og tage afsæt i det faglige indhold og krav til klinikker, som vil følge af Sundhedsstyrelsens basisfunktion ... Det vil medføre, at parterne med udgangspunkt i den nationalt fastsatte basisfunktion vil kunne aftale vilkår vedrørende økonomi for opgaverne i de almenmedicinske tilbud, der drives af alment praktiserende læger, der ejer et ydernummer. Den foreslåede ordning vil således ikke ændre ved det grundlæggende forhold, at der skal være klare regler og rammer for de økonomiske vilkår m.v. for, at de beskrevne funktioner, opgaver og krav i basisfunktionen forpligter de alment praktiserende læger.

Det er dog centralt, at en ny, smal aftale for det almenmedicinske tilbud er fleksibel således, at nye eller ændrede opgaver og justeringer i basisfunktionen eller øvrige krav, som udgangspunkt ikke automatisk forudsætter en genforhandling af de økonomiske vilkår, medmindre der er tale om væsentlige forhold."

PLO tilslutter sig, at det er en forudsætning for, at basisfunktionen forpligter de alment praktiserende læger, at der er indgået en aftale, som fastsætter klare regler og rammer for de økonomiske vilkår m.v. Det kan heller ikke udelukkes, at der vil være en række tilfælde, hvor en honorarstruktur kan sammensættes på en sådan måde, at det ikke er nødvendigt at genforhandle aftalen for hver ny opgave; fx hvis opgaven kan placeres inden for en allerede eksisterende struktur, sådan som fx Honorarstrukturrådet har foreslået.

Det er dog helt afgørende, at der i alle tilfælde forhandles ny økonomisk ramme samtidig med, at der tilføres nye opgaver – på helt samme måde som den økonomiske ramme også må genforhandles, hvis der flyttes opgaver ud af almen praksis.

PLO anbefaler derfor, at det tilføjes i lovbemærkningerne, at nye ændrede opgaver og justeringer i basisfunktionen eller øvrige krav altid indebærer, at parterne har pligt til at forhandle den samlede økonomi, også selv om parterne indarbejder selve ydelsen i den eksisterende honorarstruktur uden at tilføje nye ydelseskoder. I modsat fald vil der som følge af lovforslaget opstå en betydelig tvivl om, hvorvidt det offentlige kan flytte opgaver til almen praksis uden tilsvarende økonomisk kompensation.

Andre forhold

Den nuværende overenskomst om almen praksis indeholder en lang række bestemmelser om fx vikarer, deletilladelse, generationsskifte, tilladelse til ekstra ansat læge uden for normering, ophør i særlige tilfælde, inddragelse af ubesatte kapaciteter, lægemiddelordination m.v. Det er som følge af lovforslaget uafklaret, om disse forhold fortsat skal aftales, eller om de fremadrettet vil blive reguleret i basisfunktion, opgavebeskrivelse eller andetsteds.

PLO anbefaler derfor, at det tydeliggøres i lovforslaget, at de områder, som ikke udtrykkeligt trækkes ud af det aftalebaserede system, jf. også ovenfor, fortsat kan forhandles og aftales mellem parterne.

3. Etablering.

Forhåndsgodkendelse

I medfør af forslaget til § 227 c, stk. 1, skal en speciallæge i almen medicin ved køb af et ydernummer ansøge om at blive forhåndsgodkendt af regionsrådet, som skal vurdere, om det kan sandsynliggøres, at lægen kan og vil efterleve gældende regler for almenmedicinske tilbud samt aftaler indgået efter § 227 a.

Af bemærkningerne til bestemmelsen fremgår følgende: *"Med bestemmelsen vil regionsrådet skulle fortage en vurdering af en ansøger, der ønsker at erhverve et ydernummer, ud fra nogle formelle og objektive krav samt nogle parametre, som kan variere alt efter ansøgers omstændigheder. Når regionsrådet f.eks. skal vurdere en ansøgning, vil det kunne indgå, om ansøger allerede driver almenmedicinske tilbud eller har drevet klinikker før, og i den forbindelse har efterlevet regler om vilkår for praksisdrift i almenpraksis. Den foreslåede ordning vil således medføre, at regionsrådene*

vil få øget indblik i og indflydelse på, hvilke praksisydere, der leverer almenmedicinske ydelser inden for deres regionsgrænser."

Et ydernummer er en immateriel rettighed, der giver adgang til at afregne med det offentlige for sundhedsydelser. Ydernummeret har med udgangspunkt i markedsforholdene en formueværdi. Ydernumre omsættes således i dag i fri handel ogandel mod økonomisk vederlag, og omsætningen er alene begrænset af nogle få, objektive kriterier, der er klart definerede i lovgivningen.

Lovforslaget ændrer det objektive system til et subjektivt, hvor regionerne tillægges et betydeligt og ikke klart defineret rum for en skønsmæssig vurdering, jf. også følgende bemærkninger i lovforslaget: *"En afgørelse truffet i henhold til reglerne om opfølgning på nationale krav overfor de almenmedicinske tilbud er det vurderingen, at afgørelsen beror på skøn, hvorfor der vil være begrænset mulighed for at automatisere sagsbehandlingen, ved at anvendelse af objektive kriterier."*

Når ydernummerets omsætning afhænger af et skøn, som det offentlige kan foretage på baggrund af parametre, der kan *"variare alt efter ansøgers omstændigheder"*, mister den immaterielle rettighed sin mest centrale komponent: Retten til fri omsætning. Det kan i yderste konsekvens udhule aktivets økonomiske værdi, dels fordi det kan blive vanskeligere at finde købere, dels fordi den indførte vilkårlighed og uvished om muligheden for videresalg kan gøre det mindre attraktivt at betale samme pris for rettigheden.

Den nuværende ordning med ydernumre har været så langvarig, stabil og etableret, at den har karakter af en egentlig retsposition, der alene kan fjernes ved ekspropriation. Det blev også anerkendt af Sundhedsstrukturkommissionen.

PLO anbefaler derfor, at lovforslaget ændres således, at kriterierne for forhåndsgodkendelse er fast definerede og på forhånd offentliggjorte, og at regionerne ikke får mulighed for at foretage konkrete skøn på baggrund af varierende og ikke offentliggjorte kriterier. Derved sikres, at forhåndsgodkendelse forvaltes på et ensartet og transparent grundlag i hele landet.

I modsat fald kan det ikke udelukkes, at der vil være praktiserende læger, som må opgive et salg af ydernumre og i forbindelse hermed vil ønske at få efterprøvet ved domstolene, om lovforslaget udgør en hel eller delvis ekspropriation af deres ydernumre.

Endelig gør PLO opmærksom på, at der er forskel på ydernumre og kapaciteter, og at mange aftaler om overdragelse vedrører én eller flere kapaciteter. Lovforslaget bør derfor tydeligt skelne mellem kapaciteter og ydernumre og præcisere, hvornår der tales om det ene eller det andet, herunder hvornår en handel kræver forhåndsgodkendelse.

Ejerskab til ydernumre

Der indsættes som ny bestemmelse i § 227 c, stk. 2, at det ikke skal være muligt for en speciallæge i almen medicin at eje et ydernummer uden at have hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker.

Kravet udspringer af en enslydende bestemmelse i den nuværende overenskomst om almen praksis § 8, stk. 2, der således søges videreført med lovforslaget. Ifølge

forarbejderne vil regionerne kunne anvende dette til *"vurderingen af en ansøgning om en forhåndsgodkendelse at bede ansøger om at redegøre for eventuel anden beskæftigelse, som køber har eller forventer at have ud over drift af det almenmedicinske tilbud. Med kravet vil regionen kunne sikre sig, at en køber af et ydernummer deltager i driften af sin klinik/klinikker og har ansvaret herfor."*

Formålet med bestemmelsen er prisværdigt, men den eksisterende bestemmelse er blevet håndhævet på en måde, som ikke indebærer, at en praktiserende læge fx fysisk skal være til stede i sine klinikker. Der er således eksempler på, at regionerne har accepteret personer med bopæl i udlandet ud fra en betragtning om, at de deltager i driften allerede ved at tage det sundhedsfaglige ansvar og fx udstede retningslinjer for arbejdet i klinikken.

PLO anbefaler derfor, at bestemmelsen skærpes, således at det udtrykkeligt fremgår, at den praktiserende læge løbende skal deltage i driften i sine klinikker i kraft af en fysisk tilstedeværelse i klinikken.

4. Tvistløsning.

Konsekvenser for samarbejdet m.v.

I medfør af lovforslaget vil det det paritetiske system for håndtering af tvister mellem den enkelte praktiserende læge og den offentlige myndighed blive nedlagt og erstattet af et nyt såkaldt Praksisklagenævn.

Det fremgår ikke af lovforslaget, hvorfor lovgiver ønsker en radikal omlægning af et system, der bevares for alle andre privat praktiserende sundhedsprofessionelle. PLO anbefaler at lovforslaget begrundes dette, ikke mindst i lyset af, at det er mange år siden, at parterne har haft brug for at føre en sag ved den nuværende uafhængige klagemyndighed (opmanden).

Hvis lovforslaget gennemføres i sin nuværende form, vil det ifølge PLO's opfattelse indebære:

- at parterne ikke længere vil have et forum til at drøfte samarbejdet om det nære sundhedsvæsen, herunder lejlighed til at konstatere fortolkningsproblemer i aftaler og løse mindre problemstillinger i mindelighed
- at konkrete afgørelser om tvister mellem praktiserende læger og regionen ikke længere vil blive udtryk for et kompromis for at få samarbejdet til at fungere, men derimod alene juridisk korrekte
- at parterne vil skulle respektere en uafhængig instans' afgørelser, selv om de måtte være enige om, at et andet resultat havde været det rigtige, og dermed i fællesskab i nogle sager mister muligheden for at fortolke den fælles aftale
- at sagsbehandlingen vil blive mere langvarig og omkostningskrævende end det nuværende system

Praksisklagenævnet kan efter PLO's opfattelse derfor ikke erstatte det samarbejde om udviklingen af sundhedsvæsenet, der har fundet sted i regi af de lokale samarbejdsudvalg.

PLO's overordnede anbefaling er derfor, at de lokale samarbejdsudvalg bevares, og at de også fremadrettet bidrager til den faglige og organisatoriske udvikling regionalt. Dette vil give mulighed for, at det lokale samarbejde kan opretholdes, og at

tvister mellem regioner og læger kan forsøges løst i mindelighed ved forhandling mellem parterne, inden de føres over i et mere omkostningskrævende forvaltningsretligt system. På nationalt niveau foreslår PLO tillige et forum for samarbejde med henblik på, at det også nationalt fortsat bliver muligt at samarbejde om den faglige og organisatoriske udvikling af almen praksis samt fortolke og tilrette de indgåede aftaler. Løsning af tvister, der ikke kan opnås enighed om, kan som anført i lovforslaget ske i et Praksisklagenævn.

Indførelsen af Praksisklagenævnet vil som nævnt ovenfor indebære, at den nuværende praksis for at håndtere uenigheder mellem den praktiserende læge og regionen vil blive ændret til et mere formelt system, hvor kompromisser og mindelige løsninger træder i baggrunden for juridisk korrekt afgørelser. Fx må regionernes hidtidige praksis med at tilbageholde honorarer uden forudgående partshøring ophøre, da afgørelser truffet af regionerne som anført i forarbejderne er forvaltningsretlige afgørelser, hvorfor *"regionen til enhver tid skal følge de almindelige forvaltningsretlige regler og rets grundsætninger om blandt andet legalitet, saglighed, ret til partsaktindsigt og partshøring samt reglerne om, at der ikke må træffes afgørelse, før sagen er oplyst tilstrækkeligt (officialprincippet) m.v."*

PLO antager, at adfærds- og serviceklager fortsat skal indbringes til regionen, at disse klager skal behandles i overensstemmelse med forvaltningslovens regler, og at afgørelser herom kan indbringes for Praksisklagenævnet, jf. følgende bemærkning i lovens forarbejder: *"Regionen skal sikre, at patienter og kommuner har mulighed for at klage til regionen over service i det almen medicinske tilbud og skal på baggrund af klagerne handle i overensstemmelse med pligterne jf. loven."*

Der mangler imidlertid en afklaring af, om det kun er den praktiserende læge, der kan klage over regionens afgørelser i sager om adfærd og service, eller om borgerne også kan indbringe sådanne sager for Praksisklagenævnet, og om de i givet fald til lige skal betale et klagegebyr herfor.

På tilsvarende vis er det det uafklaret, hvortil en borger eller praktiserende læge kan rette en klage over, at et sygehus ikke overholder gældende bestemmelser, at aftaler for samarbejde mellem almen praksis og sygehusene ikke overholdes, eller at en region ikke efterlever opgavebeskrivelsen.

Det er endelig i lovforslaget uafklaret, om Praksisklagenævnet alene kan behandle klager fra praktiserende læger, der virker efter aftalen med det offentlige, eller om klageadgangen også omfatter fx udbudsklinikker og andre klinikformer.

Uafhængighed

Det anføres i bemærkningerne til lovforslaget, at *"Praksisklagenævnet skal være juridisk uafhængigt, hvilket vil indebære, at nævnet og dets sekretariat ikke kan modtage instrukser i nogen henseende om en enkelt sags afgørelse. Kravet om uafhængighed i forhold til arbejdet for nævnet vil også gælde medlemmer, der er udpeget efter indstilling fra det almenmedicinske tilbud og Danske Regioner. Klagenævnet og dets afgørelser er dermed uafhængige af f.eks. de politisk valgte regionsråd og regionsforvaltningen, og sikrer dermed, at klagenævnet ikke varetager regionernes interesser på bekostning af klageren."*

Denne uafhængighed bliver imidlertid væsentligt udfordret, når det samtidig af lovforslaget fremgår, at "... Danske Regioner etablerer et sekretariat til betjening af Praksisklagenævnet herunder forberedelse og behandling af sager, der skal forelægges nævnet. Det foreslås, at sekretariatsbetjeningen af nævnet er uafhængig af Danske Regioners politiske organisation, og at sekretariatet refererer direkte til klagenævnet angående sager, der indbringes for Praksisklagenævnet. Sekretariatet må dermed ikke modtage instruktioner om fra medarbejdere i Danske Regioner, hvordan den enkelte sag skal behandles og afgøres. Uafhængigheden udelukker dog ikke, at nævnet kan benytte faciliteter i Danske Regioner."

Et forvaltningsretligt nævn, der skal træffe bindende afgørelser i tvister mellem offentlige myndigheder og det private, skal være organisatorisk, funktionelt, personelt og finansielt uafhængigt. Ved at placere sekretariatet i Danske Regioner udfordres flere af disse principper.

For det første rejses der uanset lovgivningens intention om fuldstændig adskillelse en mistanke om inhabilitet, når én af parterne i en retlig tvist skal servicere det klagenævnet, der skal træffe afgørelser i sager. Det er ikke tilstrækkeligt, at nævnet betegnes som uafhængigt i lovforslaget: Denne uafhængighed skal også kunne iagttages udefra uden mistanke om inhabilitet. Spørgsmålet om, hvorvidt man udefra vil anse en sådan konstruktion som habil, kan udtrykkes ved en simpel, retorisk øvelse: Ville Praksisklagenævnet blive anset for at være uafhængigt, hvis sekretariatet blev placeret hos den part, der repræsenterer lægerne for Praksisklagenævnet, fx de praktiserende lægers interesseorganisation? Svaret på det retoriske spørgsmål vil givetvis være nej, og det er derfor åbenbart, at sekretariatet ikke kan placeres hos hverken den ene eller den anden af de parter, der er en del af en retlig tvist.

For det andet er der ikke en tilstrækkelig organisatorisk adskillelse mellem nævnets sekretariat og Danske Regioner, når det ifølge lovforslaget er sidstnævnte, der ansætter, forfremmer, afskediger, forhandler løn, bevilger ferie m.v. for sekretariatets ansatte. Der er ingen garanti for, at denne ledelsesret ikke indirekte vil påvirke de ansatte i sekretariatet og dermed deres sagsbehandling og nævnets afgørelser.

PLO anbefaler derfor, at Praksisklagenævnets sekretariat placeres et neutralt sted, fx i Nævnenes Hus.

Finansiering

Det fremgår af lovforslaget, at udgifterne til Praksisklagenævnet og dets sekretariat skal afholdes ligeligt af regionerne, men af forarbejderne til lovforslaget fremgår følgende: *"Konkret vil finansieringen af klagenævnet ske gennem den økonomiske ramme for de almenmedicinske tilbud, hvilket sikrer, at der inden for den økonomiske ramme, der fastsættes ved aftale, er økonomi til driften af klagenævnets virke."*

Det er derfor ikke helt retvisende – eller i det mindste åbent for fortolkning – om udgiften reelt afholdes af regionerne. Hvis udgiften skal afholdes inden for den økonomiske ramme, der afsættes til at honorere de praktiserende læger, bliver det i sidste ende de praktiserende læger, der kommer til at afholde udgifterne til sekretariatet og nævnet. Udgifter, der fuldt ud afhænger af, hvor meget der klages, og hvorledes regionerne vælger at indordne sekretariatsbetjeningen.

I praksis vil dette betyde, at praktiserende læger vil skulle reducere deres samlede

aktivitet, og at der dermed ydes mindre behandling i almen praksis, hvilket vil være til gunst for patienterne.

Det er i dansk ret en hovedregel, at offentlige klageorganer finansieres af staten eller andre relevante myndigheder, og at klageren (borgere eller virksomheder) ikke selv skal betale for hverken nævn eller sekretariat. Der er fx tilfældet for Ankestyrelsen, Skatteankestyrelsen, diverse tilsynsråd, Forbrugerklagenævnet m.fl. I visse tilfælde betales klagegebyr – sådan som det også foreslås i lovforslaget – men der stilles aldrig krav om, at driftsudgifterne til nævnet og dets sekretariat skal dækkes af klagerne.

Partsbidrag forekommer kun i de tilfælde, hvor nævnene oprettes af parterne i fællesskab, således som det har været tilfældet med fx Samarbejdsudvalg og Landsamarbejdsudvalg, hvor hver part har afholdt egne omkostninger til nævnsmedlemmer og sekretariatsbetjening. Denne paritet vil lovforslaget imidlertid ophæve til fordel for et rent forvaltningsretligt system, hvor sager ensidigt kan afgøres af regionerne og efterprøves af et nævn.

PLO anbefaler derfor, at det udtrykkeligt fremgår af lovforslaget, at udgifterne til nævnet og dets sekretariat afholdes af det offentlige og ikke påvirker den økonomiske aftale mellem de praktiserende læger og regionerne.

For så vidt angår klagegebyret, anbefaler PLO dels, at de nærmere regler for fastsættelse af klagegebyret beskrives, således at gebyret ikke kan fastsættes arbitrært af den til enhver tid siddende minister, dels at det fremgår af lovforslaget, at klager også får gebyret tilbage, hvis klager får delvist (cfr. fuldstændig) medhold i sin klage.

Klageadgang

Det følger af forslaget til § 276 c, at det kun er afgørelser truffet i henhold til §§ 57 l, 206 b, 276 b, stk. 1, 227 c samt aftaler indgået i henhold til § 227 a, stk. 1-2, der kan påklages til Praksisklagenævnet. Og da kun i det omfang, andet ikke er fastsat i loven eller regler udstedt i medfør heraf.

Som følge heraf skal alle andre klager over regionernes forvaltning indbringes direkte for domstolene, hvilket vil være omkostningskrævende for begge parter og indebære langvarige processer. De negative konsekvenser heraf er betydeligt større for de praktiserende læger end for regionerne, allerede fordi sidstnævnte har betydeligt flere ressourcer til at føre sager for.

PLO anbefaler derfor, at det udtrykkeligt anføres i lovgivningen, at alle regionens forvaltningsretlige afgørelser vedrørende driften af almenmedicinske tilbud hos private erhvervsdrivende kan indbringes for Praksisklagenævnet, medmindre andet er fastsat i loven eller regler udstedt i medfør heraf. En opremsning som den nuværende indebærer, at forvaltningsretlige afgørelser, der træffes i medfør af andre bestemmelser i sundhedslovgivningen eller med hjemmel i anden lovgivning, ikke vil være omfattet af klageadgangen til Praksisklagenævnet. Det er hverken hensigtsmæssigt eller retssikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Opsættende virkning

I medfør af forslaget til § 276 b, stk. 2, er det alene klager over afgørelser truffet i henhold til § 276 b, stk. 1, nr. 3-5, der har opsættende virkning indtil klagefristens

udløb og i tilfælde af en klage inden klagenævnets afgørelse i sagen.

Af forarbejderne til loven fremgår dog, at *"Formanden for Praksisklagenævnet kan i særlige tilfælde tillægge klager over afgørelser truffet af regionen opsættende virkning i andre tilfælde end dem der følger af § 276 b, stk. 2."*

Bemærkningerne synes at være i modstrid med lovens tekst, og PLO anbefaler derfor, at formandens beføjelser tilføjes til § 276 b, stk. 2. I modsat fald vil der være lovgivet i bemærkningerne, hvilket ikke bør være tilfældet.

Bestemmelsen indebærer desuden, at påbud om at bringe forhold i orden med evt. tilkendegivelse af gentagelsesvirkning og pålæg om tilbagebetaling af honorarer, som regionen antager er blevet udbetalt uretmæssigt, ikke har opsættende virkning. Dette sidste – at regionen kan pålægge at tilbagebetale honorarer, uden at en klage får opsættende virkning – kan i nogle tilfælde være retssikkerhedsmæssigt meget betænkeligt. I princippet kan regionen pålægge en praktiserende læge at tilbagebetale så betydelige honorarer, at det fører til, at lægen må lukke sin klinik – evt. med den virkning, at lægen også går konkurs. Vinder lægen efterfølgende sagen ved Praksisklagenævnet, udestår der dels et retligt spørgsmål om, hvorledes lægen kan godtgøres for det tab, fx en konkurs har medført, dels spørgsmålet om, hvorvidt en sådan ordning lever op til grundlæggende retssikkerhedsprincipper. Den manglende opsættende virkning vil således kunne gøre klageadgangen illusorisk i alle de tilfælde, hvor lægen som følge af et tilbagebetalingskrav reelt ikke kan afvente resultatet af en klagesag. Dermed udelukkes adgangen til effektiv prøvelse af lægens retigheder.

Det er et almindeligt anerkendt og fulgt forvaltningsretligt princip i dansk ret, at myndigheder ikke bør træffe afgørelser, der medfører uoprettelige følger, hvis afgørelsen senere kan ophæves. På andre områder er der derfor indført muligheder for fx henstand eller sikkerhedsstillelse for at undgå uoprettelige tab. PLO anbefaler derfor, at tilbagebetalingskrav over en vis størrelse altid gives opsættende virkning; subsidiært at lægen i disse tilfælde får mulighed for at få henstand med kravet.

Frister og suspension

Det fremgår af lovforslaget, at regionen i tilfælde af påbud skal give lægen en frist til at bringe forholdet i orden. Det er uafklaret, om fristen fastsættes ensidigt af regionen eller i dialog med den praktiserende læge.

For så vidt angår de tilfælde, hvor samarbejdet suspenderes, fremgår det ikke af lovforslaget, hvem der skal varetage opgaverne i relation til de patienter, der er tilmeldt en suspenderet klinik.

PLO anbefaler, at begge disse forhold afklares i lovforslaget.

5. Adgang til data m.v.

Det fremgår af forarbejderne til lovforslaget, at det forventes, at der i *"kommende reguleringer med forventet ikrafttrædelse fra 1. januar 2027"* vil blive foreslået regler, der skal sikre regionerne den adgang til data, som forudsættes nødvendig for at løfte og understøtte en udvidet opgave, herunder bl.a. *"data om aktivitet og kvalitet på klinikniveau, oplysninger om virksomhedskonstruktion, bemanning og organisering af de enkelte klinikker m.v., ligesom det kunne være indblik i regnskaber m.v."*

PLO finder det meget betænkeligt og i strid med god forvaltningsskik, at ministeriet påtænker, at det offentlige skal have en så vidtgående adgang til en privat leverandørs forretningshemmeligheder, alene fordi leverandøren har en aftale med det offentlige.

Den påtænkte hjemmel går væsentligt videre, end hvad offentlige myndigheder normalt har af adgang til oplysninger, herunder fx oplysninger fra privat praktiserende speciallæger, fysioterapeuter og kiropraktorer, leverandører af medicin og medicinsk udstyr m.fl.

En sådan adgang vil også række langt ud over, hvad regionerne har brug for med henblik på at sikre, at almen praksis lever op til kravene i basisfunktionen og foretager korrekt afregning.

Den giver endelig adgang til forretningskritiske og konkurrencefølsomme data, der kan give regionerne et fuldt indblik i klinikernes forhandlingsposition – og anvendes til at underminere denne og forvride konkurrencen til fordel for fx regionsklinikker og udbudsklinikker.

Dette brud med grundlæggende erhvervsretlige og forvaltningsretlige principper om proportionalitet og beskyttelse af fortrolige oplysninger vil derfor i alvorlig grad svække de praktiserende lægers forhandlingsposition. Ikke kun ved aftaler med den enkelte læge, men også ved forhandling af lokalaftaler og den landsdækkende aftale.

Der findes PLO bekendt ingen andre eksempler på, at myndighederne skal have en så vidtgående adgang til private leverandørers oplysninger, når bortses fra tilfælde, hvor der er et konkret begrundet kontrolbehov, der ikke kan imødekommes på anden måde, herunder fx mistanke om misligholdelse, svig eller sikkerhedsrisici. Selv på områder af høj betydning for samfundet som fx medicinalindustrien og apotekersektoren er myndighedernes indsigt begrænset og betinget af konkrete kontrol- eller tilsynsformål. En generel og permanent adgang til samtlige virksomhedens oplysninger foreligger ikke.

PLO anbefaler derfor, at det citerede afsnit slettes fra forarbejderne.

6. Etablering af almenmedicinske tilbud

Det følger af lovforslaget, at sundhedsrådene frit kan vælge en leverandør til det almenmedicinske tilbud. PLO tilslutter sig dette, forudsat det som forudsat i lovgivningen sker på åbne, transparente og fair vilkår, herunder at et offentligt tilbud skal drives på samme økonomiske vilkår som for de klinikker, der drives efter aftale med det offentlige.

I den første tid efter nedsættelse af sundhedsrådene gives der mulighed for – igennem den nationale fordelingsmodel – at udbyde langt flere ydernumre, end der uddannes speciallæger i almen medicin.

PLO anbefaler derfor, at der sker en koordinering på regions- eller tværregionalt niveau i de første år for at sikre, at der er overensstemmelse imellem uddannede og købsparate læger og det relevante antal ydernumre, der udbydes. Herunder at det

planlægges på en måde, der tager højde for, at der ligeledes vil komme et udbud fra læger, der går på pension eller ønsker at overdrage deres praksis.

Hvis en sådan koordination ikke finder sted, er der risiko for, at flere sundhedsråd ikke kan rekruttere læger på almindelige aftalevilkår – særligt i områder, hvor der er behov for det – samtidig med, at der er et stort antal uddannede læger, som ikke i takt med, at de bliver færdiguddannede, kan købe praksis, da man i stedet har etableret mere eller mindre permanente regions- eller udbudsklinikker.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'J. Skadborg', written in a cursive style.

Jørgen Skadborg
formand

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
sum@sum.dk

21. august 2025

Psykiatrifonden
Hejrevej 43
2400 København NV

3929 3909
pf@psykiatrifonden.dk

CVR. 1917 4883
Bank. 3001 7950741613

Psykiatrifondens høringssvar vedr. ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Psykiatrifonden takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud.

Nedenstående er en række bemærkninger til fremsendte høring.

Generelle bemærkninger

Psykiatrifonden ser positivt på lovforslaget og den dermed foreslåede nationale kompetence til udformningen af en fælles basisfunktion og national opgavebeskrivelse for det almene medicinske område. Det er et vigtigt skridt i at skabe en mere ensartet kvalitet på tværs af det almene område.

Dette vil ikke blot komme somatiske patienter, men i høj grad også psykiatriske patienter til gavn.

Derudover fremhæves i lovforslaget en øget mulighed for at indgå aftaler med udbudsklinikker. Psykiatrifonden vil i den henseende gerne bemærke, at der i det endelige lovforslag bør beskrives, hvordan der skal sikres behandler kontinuitet i udbudsklinikkerne. Det er særligt afgørende for udsatte borgere, der har gavn af en tæt relation til almen praksis.

Specifikke bemærkninger vedrørende de nationale opgavebeskrivelser

Psykiatrifonden vil gerne fremhæve, at lovforslaget på s. 24 beskriver, at de kommende opgavebeskrivelser jævnfør Sundhedsreformen fra 2024 skal indeholde "krav til tværsektorielt samarbejde".

For børne- og ungdomspsykiatriske patienter er netop et velfungerende tværsektorielt samarbejde afgørende for et godt patientforløb.

Det er en bunden opgave for de kommende Sundhedsråd at løfte opgaven med implementeringen af bedre sammenhæng for børne- og ungdomspsykiatriske patienter. Dette har Sundhedsministeren bekræftet bilateralt for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab.

Ligesom nærværende lovforslag fremover vil lade Sundhedsstyrelsen udarbejde opgavebeskrivelser for det almenmedicinske område, så bør samme gøre sig gældende for det tværsektorielle samarbejde for psykiatriske patienter.

Dette vil i øvrigt være i tråd med "Aftale om en samlet 10-års plan for psykiatrien", der på s. 24 beskriver, at " (...) aftalepartierne (er) enige om, at Sundhedsstyrelsen for udvalgte målgrupper skal udvikle nye faglige beskrivelser af forløb, der synliggør opgave- og ansvarsfordelingen samt koordinering og kommunikation mellem den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale socialpsykiatri med henblik på at understøtte og fremme koordinering på tværs."

Der forventes derfor fremsættelsen af en lignende lovgivning som nærværende lovforslag, der skal give Sundhedsstyrelsen hjemmel til fremover at udarbejde nationale opgavebeskrivelser til det tværsektorielle samarbejde for psykiatriske patienter, der herefter vil implementeres lokalt af de kommende Sundhedsråd.

Afsluttende bemærkninger

Psykiatrifonden vil derudover gerne bemærke, at det forventes en inddragelse af relevante fagorganisationer fra det psykiatriske område i Sundhedsstyrelsens arbejde vedrørende de nationale opgavebeskrivelser og den fælles basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, som beskrevet på s. 30 af nærværende lovforslag samt relevante patient- og pårørende organisationer fra både det somatiske og psykiatriske område.

Vi ser frem til at følge det videre arbejde og stiller os gerne til rådighed med viden og erfaring i forbindelse med implementering af planen.

De venligste hilsner
Psykiatrifonden

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Gro Kari Holen (GKH@SUM.DK), Annika Bonde (annb@sum.dk)
Fra: Christian Bille-Sandø (cbs@rigsrevisionen.dk)
Titel: Offentlig høring af lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud
E-mailtitel: Offentlig høring af lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud ((ISM) Id nr.: 361238)
Sendt: 14-08-2025 11:26

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Ministeriet har den 1. juli 2025 sendt lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud i høring.

Ministeriernes forpligtelse til at høre Rigsrevisionen er fastlagt af rigsrevisorloven, §§ 7 og 10 (Lovbekendtgørelse nr. 101 af 19/01/2012) og angår revisions- og/eller regnskabsforhold, der kan have betydning for Rigsrevisionens opgaver.

Vi har gennemgået lovforslaget og kan konstatere, at det ikke omhandler revisions- eller regnskabsforhold i staten eller andre offentlige virksomheder, der revideres af Rigsrevisionen.

Vi har derfor ikke behandlet henvendelsen yderligere.

Med venlig hilsen

Christian Bille-Sandø
Specialkonsulent



Landgreven 4
DK-1301 København K

Tlf. +45 33 92 84 00
Dir.+45 33 92 86 50
cbs@rigsrevisionen.dk

www.rigsrevisionen.dk

Læs om Rigsrevisionens behandling af personoplysninger [her](#)

Bekræft venligst, at denne e-mail er modtaget.
Please confirm receipt of this e-mail.

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringssvar fra SDU - Høring over udkast til lov om ændring af sundhedsloven

21. august 2025

Høringssvar fra Syddansk Universitet vedrørende forslag til ændring af sundhedsloven – almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen.

Syddansk Universitet takker for muligheden for at afgive høringssvar til det fremlagte lovforslag om ændring af sundhedsloven, herunder indførelsen af en national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud.

25/33402

ri-ro@sdu.dk
T +4565504187

Som forskningsinstitution med stærke faglige miljøer inden for almen medicin og sundhedsvidenskab anerkender vi reformens ambition om at styrke lighed, tilgængelighed og kvalitet i det nære sundhedsvæsen. Vi ser positivt på, at der ønskes en tydeligere rammesætning for almen praksis, og at der lægges op til en systematisk opgavebeskrivelse, som kan understøtte ensartethed og høj kvalitet på tværs af landet.

Kontinuitet og faglighed som fundament

Forskning – både national og international – viser, at kontinuitet i patientbehandlingen er afgørende for kvalitet, effektivitet og patienttilfredshed. Det er derfor væsentligt, at den kommende basisfunktion og opgavebeskrivelse understøtter langvarige patient-læge-relationer og sikrer, at almen praksis fortsat kan tilbyde borgernær og sammenhængende behandling.

Vi vil fremhæve, at dansk almen praksis allerede i dag er karakteriseret ved høj faglighed, stor omstillingsparathed og stærke samarbejdsrelationer med kommuner og regioner. Forskningen og undervisningen fra universiteternes almen medicinske enheder og Fonden for Almen Praksis har i høj grad bidraget hertil og disse bør fortsat understøttes og videreudvikles.

Aftalemodel og faglig ledelse

Lovforslagets intention om at ændre den nuværende aftalemodel og indføre en central økonomisk ramme bør balanceres med hensynet til faglig autonomi og lokal tilpasning. Vi anbefaler, at praktiserende læger fortsat har reel medindflydelse på deres kliniske virke og dermed mulighed for at tilpasse ydelser til lokale behov, så borgere får den mest optimale lægefaglige ydelser tilpasset deres individuelle behov og lokale forhold. Reel medindflydelse er også vigtigt for sundhedspersonalets faglige engagement og trivsel. Et engagement der kan styrke både effektivitet og kvalitet af deres ydelser. Det vil også fremme fastholdelsen af læger og personale. Det danske aftalesystem har allerede en lang og stærk tradition for involvering af sundhedspersonalet i udformning af sundhedsvæsenet, at lave aftaler mv, som alt sammen understøtter et effektivt sundhedsvæsen tæt på borgerne. Det er afgørende, at faglig ledelse i almen praksis varetages af personer med almenmedicinsk kompetence, og at der sikres en tæt kobling mellem opgavebeskrivelse, kvalitetsudvikling og klinisk praksis. Vi ser positivt på, at Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) inddrages i arbejdet med opgavebeskrivelsen, og opfordrer til, at denne inddragelse fastholdes ved fremtidige revisioner. Samtidigt stiller Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på SDU gerne almen medicinske faglige kompetencer til rådighed for den fortsatte udvikling af en stærk almen medicinsk faglig i uddannelse, forskning og rådgivning.

Differentieret honorarstruktur og bæredygtighed

Vi anerkender behovet for en differentieret honorarstruktur, der afspejler patientpopulationens sundhedsbehov. Det er dog vigtigt, at modellen udformes med transparens og retfærdighed, og at den understøtter både kvalitet og bæredygtighed i klinikkerne. Klinikker med behandlingstunge patienter bør sikres tilstrækkelige ressourcer, og honoreringen bør ikke skabe incitamenter, der underminerer kontinuitet eller faglig udvikling.

Uddannelse, forskning og implementering

Lovforslaget nævner ikke eksplicit uddannelsesfunktioner, forskning eller efteruddannelse. Vi anbefaler, at disse elementer integreres i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion, da de er centrale for kvalitet og rekruttering. Almen praksis spiller en vigtig rolle i lægeuddannelsen, og det er afgørende, at læringsmiljøer og tutorlæger prioriteres i alle klinikformer.

Store forandringer i sundhedsvæsenet kræver tid, inddragelse og løbende evaluering. Vi opfordrer således til, at implementeringen af nye strukturer sker gradvist og kontinuert understøttes af forskning og kvalitetsudvikling, så intentionerne om et styrket og mere tilgængeligt sundhedsvæsen realiseres til gavn for borgerne.

Afsluttende bemærkninger

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Syddansk Universitet står til rådighed med forskningsbaseret viden og erfaring i den videre udvikling af almen praksis og det samlede sundhedsvæsen. Vi ser frem til at bidrage konstruktivt til en reform, der bygger videre på de stærke faglige og organisatoriske fundament, som dansk almen praksis allerede hviler på.

Med venlig hilsen

Rikke Rønnest Helmer-Hansen

Chefkonsulent

riro@sdu.dk

Syddansk Universitet

Til

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Sendt til: sum@sum.dk
Med kopi til annb@sum.dk og gkh@sum.dk

Tandlægeforeningen
Amaliegade 17
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11
info@tandlaegeforeningen.dk
www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

Dato: 10. juli 2025

Sagsbeh: MBO
E-mail: mbo@tdl.dk
Sagsnr.: 2025 - 812

Høringskommentarer til:

Udkast til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Tandlægeforeningen undrer sig over ikke at være blevet inkluderet på høringslisten i forbindelse med udkastet til forslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud. På trods heraf tillader vi os alligevel at fremsende vores bemærkninger til lovforslaget.

Tandlægeforeningen finder det stærkt bekymrende, at den foreslåede organisering af det almenmedicinske område ser ud til at følge samme model, som i dag gælder for tandlægeområdet. En model, hvor sundhedspersoner reelt er frataget muligheden for indflydelse på de vilkår, de forventes at udøve deres sundhedsfaglige virke under.

Tandlægerne har siden 2018 stået uden en overenskomst med regionerne og er i stedet underlagt en ensidigt fastsat bekendtgørelse udstedt af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Denne konstruktion har resulteret i en alvorlig ubalance: Tandlægerne driver selvstændige klinikker underlagt det ansvar, der følger af at drive en sundhedsfaglig virksomhed, men uden reel adgang til medbestemmelse eller dialog om rammerne for deres virksomhed. Denne organisering har undermineret muligheden for samarbejde, inddragelse og fælles faglig udvikling – til skade for både faget og patienterne.

Modellen har medført en markant ulighed blandt patienterne – en udvikling, hvor der i stigende grad opstår et A-hold og et B-hold. Patienter med økonomiske ressourcer kan i dag tilkøbe sig den fagligt korrekte løsning, f.eks. ved behandling af tandslid, mens patienter uden samme økonomiske muligheder kan være nødsaget til at fravælge nødvendig behandling. Problemet forstærkes af, at ydelsesbeskrivelserne i "Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge" er så uklare, at tandlæger af frygt for at handle i strid med reglerne i mange tilfælde undlader at anvende tilskudsberettigede ydelser – selv når det er til patientens bedste. I stedet benyttes ydelser uden tilskud, hvilket forværrer den sociale ulighed i adgangen til behandling. Samtidig har Tandlægeforeningen

Sund mund - Sund krop [#SundmundSundkrop](#)

forgæves søgt vejledning både gennem regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet for fortolkning af ydelsesbeskrivelserne i bekendtgørelsen. Resultatet er et tandplejetilbud præget af usikkerhed, faglig begrænsning og økonomisk skævvridning som både påvirker tandlæger og patienter. Hvis samme model overføres til det almenmedicinske område, risikerer vi en tilsvarende fragmentering og forringelse af sundhedstilbuddene, hvor det ikke længere er en faglig indikation, men betalingsevne og fortolkning af uklare regler, der afgør, hvilken behandling patienterne kan få.

Tandlægeforeningen vil med disse kommentarer gøre Indenrigs- og Sundhedsministeriet opmærksom på konsekvenserne ved at overføre denne model – eller dele af denne model – til det almenmedicinske område. Erfaringerne fra tandlægeområdet viser tydeligt, at fraværet af inddragelse, samarbejdsfora og aftalebaserede løsninger skaber et A-hold og et B-hold blandt patienter, samt svækker sundhedstilbuddenes faglige udvikling og kvalitet, og vi vil stærkt advare imod at overføre modellen til det almenmedicinske område.

Med venlig hilsen



Torben Schønwaldt, tandlæge mTF
Formand



Isabel Brandt Jensen
Adm. direktør

Høringssvar Lovpakke 2b

Trøjborg Lægehus er en kompagniskabspraksis i det nordlige Aarhus med fem praktiserende læger som ejere i alderen 46-54 år. Siden 2012 har vi opbygget et stort lægehus med fokus på høj faglighed, patienttilfredshed og medarbejdertrivsel.

Vi arbejder systematisk med kontinuitet og kvalitetsudvikling og deltager løbende i forsknings- og udviklingsprojekter, både lokalt og regionalt. Derudover uddanner vi hvert år mange læger på forskellige niveauer, underviser medicinstuderende, yngre læger og kommende speciallæger samt bidrager til efteruddannelse gennem kurser for både læger og praksispersonale i hele landet. Vi prioriterer desuden efteruddannelse af vores eget personale – både gennem eksterne kurser og interne aktiviteter som daglige cases, personalemøder og klinikbaserede kurser.

Vores lægehus rummer en bred vifte af kompetencer: Én af os er redaktør på Lægehåndbogen.dk, en anden er på vej til at blive klinisk professor ved Aarhus Universitet, en tredje er kvalitetskonsulent i Region Midt, og to af os har gennemført ph.d.-forløb indenfor samfundsrelevante almen medicinske områder. Flere har tidligere deltaget i bestyrelsesarbejde i FYAM, DSAM og YL og bidraget til faglig udvikling og målbeskrivelser i almen praksis.

Kort sagt har vi i mange år arbejdet engageret og målrettet for at styrke det almenmedicinske speciale – altid med kerneydelsen; vores patienter, som fokus.

For to år siden investerede vi betydeligt i et nyt, topmoderne lægehus på 1.100 m² med en langvarig lejekontrakt. Vi så det som en fremtidssikring af vores praksis – både fagligt og organisatorisk.

Vi er bekymrede over lovpakke 2b. Faglig stolthed, faglig frihed og personligt ejerskab er drivkraften bag vores engagement og innovationskraft. Vi har svært ved at se, hvordan de værdier kan bevares under de foreslåede rammer – og det vil efter vores vurdering være et tab for både patienter, kommende læger og sundhedsvæsenet som helhed.

Lovpakken kan få alvorlige konsekvenser: Den vil udfordre rekrutteringen af nye læger, forringe kvaliteten i praksis og skabe usikkerhed om retssikkerheden. Vi frygter, at kontinuitet og nærhed i patientbehandlingen – opbygget gennem mange år – vil gå tabt, og at nye kollegaer vil tøve med at investere i en fremtid i almen praksis.

Vi mener, at fremtidens praksis skal være fagligt forankret – ikke styret af bureaukratiske kontrolmekanismer. Det kræver tillid og samarbejde. Vi bidrager meget gerne til dialogen om en bæredygtig fremtid for almen praksis – vi har erfaring med innovation af almen praksis på allernærmeste hold, vi ved hvad der fungerer og vi bidrager gerne til udviklingen af fremtidens almen praksis.

Men vi kan ikke støtte en udvikling baseret på kontrol og sanktioner.

Med venlig hilsen

Anne Søndergaard
Helle Mai Brix Irvine
Cathrine Dyrskov
Morten Haaning Charles
Rikke Pilegaard Hansen

Trøjborg Lægehus, Århus N

Vorbasse
D. 18. august 2025

Kære Sundhedsminister og sundhedsordførere

Den 21. august 2025 er der høringsfrist angående lovforslag L 212: Lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksis klagensævn m.v.) sundhedsloven.

Vi skriver til jer, da der er flere elementer i forslaget, som vi er stærkt bekymrede for.

Lovforslaget lægger op til, at der skal allokeres flere opgaver fra sygehusene til almen praksis. Dette giver mening, da almen praksis er god til at løse opgaver borgernært og billigt. Problemet består i, at vi i almen praksis ikke har mulighed for at indgå i dialog omkring disse opgaver, som alene skal bestemmes af Regionen og Sundhedsministeriet. Vi er selvstændigt næringsdrivende og driver vores eget lægehus, hvor vi investerer mange timer ud over de faste 8 timer dagligt, så vi kan tilbyde den bedst mulige behandling for vores patienter.

Medbestemmelse i eget hus og arbejdsliv er vigtigt, og bidrager med arbejdsglæde og engagement.

For at en reform skal lykkes, er det vigtigt at inddrage de mennesker, som har ansvaret for at arbejde med det i hverdagen. Såfremt love bliver lavet bag lukkede døre, og uden at de personer, som loven berører, har mulighed for medbestemmelse, da vil det medføre den eksakt modsatte effekt: Fraflugt af kompetente folkeskolelærere og nu også praktiserende læger.

Lovforslaget lægger også op til, at almen praksis kan blive pålagt udvidede åbningstider, som alene er bestemt af Regionen.

I vores praksis ser vi typisk patienter fra kl 8-16 og herefter er der ca 2 timers administrative arbejdsopgaver (gennemgang af blodprøver, epikriser, henvisninger, opfølgning på patienter, udfærdigelse af attester til kommunerne, besvarelse af korrespondancer og patient email mv). Dertil kommer ledelsesmæssige og driftsmæssige opgaver som skemaplanlægning, udfærdigelser af instrukser, optimering af patientflowet for at skabe mindst mulig ventetid.

PLO har de sidste par år lavet undersøgelser blandt dets medlemmer ift trivsel på arbejde, hvor det bl.a fremgår, at 60 % af alle praktiserende læger er moderat til alvorligt udrændte. Hvis ovenstående lov bliver implementeret, vil det medføre, at flere vil fravælge almen praksis: Det værende praktiserende læger, som nærmer sig pensionsalderen, men også en del udrændte læger, som ikke vil kunne holde til den øgede arbejdsmængde.

Vi er ikke imod udvidede åbningstider. Men der skal være praktiserende læger nok, hvilket vi ikke er i skrivende stund, og det vil også betyde, at det typisk er de raske patienter, som kan passe deres arbejde, der vil prioritere disse tider. Det vil unægteligt også medføre øget omsætning i almen praksis, som kræver at der allokeres penge til dette. Her kan man så diskutere, om det er mest sundhed for pengene, og hvorvidt vi bruger vores ressourcer bedst?

Almen praksis er selvstændigt næringsdrivende og vi er bekymrede for, at vi ikke længere skal have indflydelse på driften i form af opgaver og åbningstider, men forventes at afholde alle driftsomkostninger samt risikerer sanktioner: Noget man ikke ser i noget andet privat ejet erhverv i Danmark.

Lovforslaget lægger op til, at økonomien bliver bestemt ved lov, og ikke er til forhandling. Såfremt vi skal kunne honorere mange flere opgaver i almen praksis, bliver vi nødt til at ansætte mere personale, både læger, men også andre sundhedspersonale, og evt udvide klinikkerne. Alt sammen noget der vil medføre stor økonomisk investering og omkostning hos hvert enkelte klinik, men hvis økonomien ikke er til det, så må de nuværende læger og personale løbe endnu hurtigere. Dette på bekostning af kvaliteten af arbejdet, men også på bekostning af, at både personale og læger søger anden retning. Vi står noget modløse tilbage over den manglende tillid, som udvises ved dette lovforslag, som lægger op til væsentligt øget kontrol af, hvordan vi driver vores egen virksomhed og med sanktioner til følge.

Dertil ser vi, at yngre læger er bekymrede for at søge over i almen praksis, da fremtiden er usikker: For hvem har dog lyst til at investere og arbejde i et erhverv, hvor man med lov kan pålægges alt fra arbejdsopgaver, åbningstider og sanktioner, og samtidig tilsidesættes ens egen interesseorganisation?

Vi ser derfor landet over, at mange praksishandler er gået i stå, og at investering i egne lokaler med renovering er sat på pause.

Lovforslaget ligner derfor i vores øjne en ekspropriation ad bagdøren!

Vi har stor forståelse for, at man gerne vil overdrage flere opgaver til almen praksis, men vi vil bede jer om at være afventende. Nu er der endelig lys forude ift den store lægemangel, som der har været i landet i mange år. Vi uddanner rigtigt mange læger, herunder også flere praktiserende læger. Vi flytter lægeuddannelse tættere på de landsdele, som har haft store problemer med at rekruttere læger. Her tænker vi især på Region Nordjylland med tilflytning af medicinstudiet, men også Esbjerg Universitetssygehus, som varetager kandidatuddannelsen. Det er netop vedtaget, at der skal være flere hoveduddannelsesforløb i almen praksis rundt om i landet, og især i de Regioner, hvor der er størst mangel. Dvs at inden for de næste få år vil der blive uddannet mange flere praktiserende læger, som vil indgå i PLO drevet praksis, som er den praksisform, som flere undersøgelser har vist, har været med størst patienttilfredshed og patientsikkerhed men også billigst i drift. Dette i modsætning til regionsklinikker og klinikker drevet af private aktører som fx Alles Lægehus.

Hvis lovforslaget bliver implementeret, frygter vi, at det bliver dødsstødet af almen praksis, som vi kender det med den nære og kontinuerlige patientkontakt. Vi har i Danmark en billig og meget effektiv primær sektor, og vi kan ikke finde et land i verden, som kan gøre det bedre. Vi har set lignende reformer i nabolandene, såsom i Sverige og Norge, som har medført, at primær sektoren i større udstrækning er præget af ansatte vikarlæger samt private koncerner. Dette medførte stigende udgifter og faldende patienttilfredshed. Erfaringer fra disse lande har også vist, at praksis er billigst og mest effektivt, når det er ejet af en selvstændig praktiserende læge.

Vi ved også fra studier, at patientoverlevelsen er bedre, når lægen kender patienten.

I vores egen klinik sidder vi nu og overvejer, hvorledes vi har mulighed for at fortsætte, hvis lovforslaget bliver en realitet. Dette primært grundet de mange timer, vi i forvejen lægger i vores arbejde, men også grundet at vi fremadrettet mister indflydelse på, hvordan vi tilrettelægger vores arbejde. Vi er i en landpraksis, hvor vi kender vores patienter godt og har tilrettelagt vores klinik efter det. Vi tilbyder flere hjemmebesøg end gennemsnittet, da vi har en del ældre, som bor langt ude på landet. Vi er plejehjemslæger på 2 lokale plejehjem samt fast tilknyttet læge for bosted med svært psykisk og fysisk handikappede, og vi ser god mening i dette arbejde. Vi har stort fokus på de svageste i samfundet, vores "stjerne patienter", men vi vil fremadrettet ikke have tid eller overskud til at passe på dem med de nye krav og vilkår, som vi vil blive underlagt.

På trods af at det har været svært at finde læger til vores klinik, har vi valgt at holde åben for tilgang af nye patienter, da vi ser, at mange patienter netop søger os, da vi et "gammeldags lægehus", hvor det er den praktiserende læge, som er i front.

Med det nye lovforslag kan vi se, at vi ikke vil kunne honorere det høje faglige arbejde, vi lige nu leverer hver dag, og vi er derfor både kede af det, modløse og ærlige over det.

Fremadrettet vil der derfor blive oprettet flere klinikker af typen som Alles lægehuse eller regionsdrevne klinikker. Man mister dermed kontinuiteten i almen praksis: Hvor man før havde læger, som købte et ydernummer og forblev i lægehuset til deres pensionsalder, vil der fremadrettet oprettes klinikker som primært vil være drevet af vikarer til en dyr dagløn og uden længerevarende kendskab til patienterne.

Vi vil derfor bede jer om at stemme nej til lovforslaget i sin nuværende form, med håb om ændringer, der vil give mere indflydelse af praktiserende læger i deres egne klinikker, således at vi kan opretholde den høje faglighed, kontinuitet og det gode patient kendskab.

Mvh

Praktiserende læger i Vorbasse lægehus

Marianne Thorup
Didde Caspers Juul
Brintha Mayavan

Kilder:

<https://laeger.dk/media/gpel2txu/alment-praktiserende-laegers-psykiske-arbejds miljoe-og-jobtilfredshed-2023.pdf>

https://laeger.dk/media/3kkkkp1l/laege-og-praksispopulationen_1977-2022.pdf

https://laeger.dk/media/vmco31d2/plo-analyse-brugertilfredshedsundersogelse-2024_final2.pdf

<https://www.ism.dk/Media/638381549243606259/DSAM,%20SFAM%20og%20NFA.pdf>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk
cc: gkh@sum.dk og annb@sum.dk

21. august 2025

Ældre Sagen
Snorresgade 17-19
2300 København S

Tlf. 33 96 86 86
www.aeldresagen.dk
aeldresagen@aeldresagen.dk

Høringssvar vedr. lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almen medicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.)

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar til lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almen medicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.)

Det almenmedicinske tilbud har i dag en helt central og afgørende rolle i behandlingen af ældre patienter – og bør efter Ældre Sagens opfattelse få en endnu større rolle fremover i behandlingen og koordineringen af indsatsen for ældre med flere sygdomme. Almen praksis er afgørende for at understøtte et nært sundhedsvæsen, der kan forebygge flere indlæggelser og sikre bedre og mere trygge forløb for ældre med flere sygdomme.

Almen praksis skaber kontinuitet og tryghed i behandlingen af ældre, som ofte har mange kontakter til sundhedsvæsenet. En fast praktiserende læge kender den enkelte patients sygdomshistorik, medicinforbrug og livssituation. Det giver gode muligheder for en helhedsorienteret tilgang, hvor både fysiske, psykiske og sociale forhold inddrages – hvilket er afgørende for ældre mennesker, der ofte har komplekse sundhedsbehov. Kontinuitet og helhedsblik gør det lettere at reagere på symptomer og behov, hvilket mindsker risikoen for unødvendig behandling og overflødig medicin. Samtidig kan almen praksis opdage tidlige tegn på sygdom og forebygge forværring af kroniske lidelser.

Ældre Sagen er derfor også enig i intentionerne i aftalen om sundhedsreformen 2024, hvor det nære sundhedsvæsen skal styrkes, og alle borgere skal sikres adgang til det almenmedicinske tilbud tæt på deres bopæl – uanset hvor i landet de bor.

Ældre Sagen er dog, på baggrund af den seneste tids debat, bekymret for, at intentionerne i lovpakken ikke realiseres, hvis almen praksis ikke bakker op om det foreslåede udkast til høring af sundhedsloven vedr. almen praksis.

Vi finder det derfor afgørende, at der – samtidig med at intentionerne i sundhedsreformen udmøntes – sikres en god dialog med de praktiserende læger om, hvordan intentionerne vedrørende en styrket almen praksis konkret skal omsættes. Her er det især vigtigt for os at fastholde de centrale intentioner om flere praktiserende læger, høj ensartet faglig kvalitet i det almenmedicinske tilbud og en styrket rolle i behandlingen af ældre patienter bl.a. som tovholder, der skal sikre større sammenhæng og tryghed.

Vi har i dag på mange måder en velfungerende almen praksissektor, som udgør en hjørnesten i det danske sundhedsvæsen. Denne hjørnesten er vigtig at værne om, men den bør også udvikles, så sektoren i endnu højere grad bidrager til at skabe sammenhæng og koordinering i patientforløb, der går på tværs af det almenmedicinske tilbud, sygehuse samt regionale og kommunale sundhedstilbud.

Ældre Sagen vil derfor opfordre til, at det fremgår tydeligt af lovforslaget, at udviklingen af det almen medicinske tilbud skal ske i tæt samarbejde med relevante faglige aktører og repræsentanter for patienter og pårørende. Ligeledes bør udmøntningen af den foreslåede lovgivning og den efterfølgende implementering sker i et tæt samarbejde med den almenmedicinske sektor – uden at gå på kompromis med intentionerne i sundhedsaftalen.

Vigtigt med bred forankring af nationalt fastsat opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud

Ældre Sagen finder det positivt med en nationalt fastsat opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, som kan sætte en fælles vision og ramme for almen praksis.

Ældre Sagen finder det afgørende, at almen praksis' opgavevaretagelse ses som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen i den nationale sundhedsplan, og at den bidrager til patientsikkerhed og en optimal udnyttelse af kapaciteten i det almenmedicinske tilbud. Opgavebeskrivelsen skal understøtte rammerne for at skabe sammenhæng og koordinering af patientforløb, der går på tværs af det almenmedicinske tilbud, sygehuse samt regionale og kommunale sundhedstilbud.

Ældre Sagen finder det dog afgørende, at denne beskrivelse formulerer visioner og rammer for det almenmedicinske tilbud, og at der herefter sker en dialogbaseret implementering af opgavebeskrivelsen og basisfunktionen.

I forbindelse med det faglige oplæg til rammebeskrivelse af det almen medicinske tilbud er der i dag en proces i Sundhedsstyrelsen med dialog og inddragelse af relevante faglige aktører og patientrepræsentanter. Der bør også etableres en formaliseret proces for den løbende udvikling af opgavebeskrivelse og basisfunktion, så der sikres opbakning til fremadrettede ændringer fra relevante faglige organisationer og fra patienter.

Derudover kan vi være bekymrede for, at den nuværende proces i Sundhedsstyrelsen er utilstrækkelig tidsmæssigt i forhold til at indfri lovforslagets

ambitioner. Centrale løsninger om det almenmedicinske tilbud og samarbejdsstrukturer udestår endnu og skal ses i sammenhæng med national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv. En stram tidsplan kan i denne sammenhæng gå ud over både ambitioner, kvalitet og opbakning.

Opgavebeskrivelse med nytænkning af egen læges rolle

For ældre patienter er almen praksis ofte den oplagte tovholder i sygdomsforløbet. Det er derfor vigtigt, at almen praksis fungerer i et tæt samspil med det øvrige sundhedsvæsen – og kommunens ældrepleje. Ældre Sagen finder det derfor positivt, at opgavebeskrivelsen og basisfunktionen for det almenmedicinske tilbud skal sikre sammenhæng og koordinering af patientforløb på tværs af sektorer, herunder almenmedicinske tilbuds adgang til diagnostiske undersøgelser og specialistrådgivning om komplekse patientforløb hos fx praktiserende speciallæger og på sygehuse.

Ældre Sagen mener i den forbindelse, at opgavebeskrivelsen skal sikre, at der tænkes nyt og anderledes i forhold til ældre patienter med høj skrøbelighed. Et øget samarbejde omkring den svækkede ældre patient og en nytænkning af opgavebeskrivelsen for almen praksis i forhold til denne patientgruppe kan bidrage til at forebygge indlæggelser og sikre behandling i det nære sundhedsvæsen – som er en central målsætning i reformen.

Ældre Sagen mener, at almen praksis bør få bredere beføjelser i forhold til svækkede ældre patienter – både når det gælder koordinering af tværsektorielle indsatser og visitation til relevante sundheds- og socialfaglige tilbud, der kan styrke ældres trivsel og forebygge forværring. Denne udvidede rolle og bemyndigelse bør afspejles i opgavebeskrivelsen. For skrøbelige ældre patienter skal almen praksis eksempelvis kunne visitere til helhedsplejeforløb, herunder sygepleje, genoptræning og ernæringsindsatser. Dette vil lette adgangen til hjælp for den enkelte ældre, fremme lægefagligt baseret behovsvurdering og bidrage til rettidig hjælp – hvilket styrker trivsel og forebygger behovet for mere omfattende indsatser. Mulighed for sociale henvisninger kan også være relevant.

For skrøbelige ældre patienter er kontinuitet ligeledes helt afgørende og bør derfor også være en central del af både lovpakke, opgavebeskrivelse og basisfunktion.

Ældre Sagen bakker op om det overordnede formål med lovforslaget om at sikre en bedre og mere ligelig fordeling af alment praktiserende læger på tværs af landet, så alle borgere får let og lige adgang til udredning og behandling uanset bopæl. I lovforslaget står der, at modellen for honorar skal afspejle forskelle i befolkningens behandlingsbehov. Ældre Sagen opfordrer til, at behandlingsbehov skal forstås bredt som sundhedsbehov, der omfatter både udredning, forebyggelse, behandling, opfølgning og koordinering.

At flytte aktivitet fra sygehuse til det nære sundhedsvæsen kræver, at almen praksis påtager sig nye og udvidede opgaver – med fokus på opsporing, koordinering og behandling tæt på den skrøbelige ældres hjem.

Opgaveflytning og en ny honorarstruktur vil medføre, at nogle klinikker oplever et øget arbejdspress. Ældre Sagen opfordrer derfor til, at der tages stilling til, hvilke opgaver almen praksis kan løse i samarbejde med andre faggrupper, på alternative måder, eller hvilke opgaver der bør løses andre steder i sundhedsvæsenet.

Faste læger på plejehjem – men også behov for læger til dem, der ikke bor på plejehjem

I lovudkastet fremgår det, at der med opgavebeskrivelsen kan stilles krav om tilgængelighed i det almenmedicinske tilbud i ydertimer samt krav om fast lægedækning på plejehjem, sundheds- og omsorgspladser og botilbud – samt tilgængelighed for øvrige særligt sårbare og udsatte borgere, som aftalt i sundhedsreformen 2024.

Ældre Sagen er enig i behovet for en tæt tilknytning mellem det almenmedicinske tilbud og fx sundheds- og omsorgspladser, plejehjem mv., men finder det afgørende, at der laves lokale aftaler om, hvilke klinikker der bedst kan dække disse funktioner.

For Ældre Sagen er det vigtigt, at almen praksis' udadvendte rolle – som fx ordningen med faste plejehjemslæger – også udvides til gavn for hjemmeboende ældre og ældreplejen. Samtidig med at flere ældre patienter behandles og plejes i eget hjem frem for på hospitalet, bor flere svækkede ældre mennesker også længere tid i eget hjem. Antallet af plejehjemspladser falder i forhold til udviklingen i antallet af 80-årige. I 2012 var der plejeboliger nok til 19,5 pct. af de 80+ årige. I 2025 er tallet faldet til 13 pct.

Ældre mennesker er således længere tid i eget hjem og er ofte meget svækkede og syge, inden de eventuelt kommer på plejehjem. Ældre Sagen ser derfor behov for at videreføre erfaringer fra det tætte samarbejde mellem almen praksis og plejehjemspersonale til de nye hjemmebehandlingsteams og faste teams i helhedsplejen – i en lignende model.

Opfølgning på kvalitet bør ske med udgangspunkt i patientbehandling

Kvalitet og kvalitetsudvikling i almen praksis er en hjørnesten i et trygt, sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen.

Lovforslaget indeholder bestemmelser om, at regionsrådene får ansvar for opfølgning på overholdelse af krav i opgavebeskrivelsen og basisfunktionen, herunder brug af data og kvalitetsopfølgning.

Ældre Sagen finder det positivt, at der sker opfølgning på kvaliteten i almen praksis. Det er dog afgørende, at kvalitetsparametre udarbejdes og afstemmes i tæt samarbejde med almen praksissektoren, så opfølgningen ikke bliver en bureaukratisk øvelse, men tager udgangspunkt i den konkrete behandling af patienter.

Der bør desuden etableres fælles kvalitetsindikatorer på tværs af sektorer og på tværs af praksisformer – herunder almen praksis, regionsklinikker og udbuds-

linikker. Alle klinikker bør bidrage med data om kontinuitet, antal speciallæger i almen medicin og andet fagpersonale pr. patient, patienttilfredshed, samarbejde med ældrepleje, herunder plejehjem, medicingennemgang mv.

Det er vigtigt, at repræsentanter for patienter og pårørende inddrages, så udvikling og opfølgning tager afsæt i patienters behov. Her bidrager Ældre Sagen gerne fremadrettet, fx via de kommende patient- og pårørendeudvalg.

Regionsklinikker og udbudsklinikker som sidste løsning

Ældre Sagen finder det positivt, at lovforslaget indeholder en konkret begrænsning på antallet af ydernumre, som én læge må eje, da det er helt afgørende at begrænse sundhedskoncerner i at opkøbe og kontrollere store dele af almen praksis.

Ældre Sagen mener, at regions- og udbudsklinikker bør være sidste mulige løsning – og aldrig anvendes, hvis der er mulighed for at etablere klinikker drevet af alment praktiserende læger.

Derudover bør der altid være speciallæger i almen medicin til stede i regions- og udbudsklinikker.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup
Adm. direktør

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: ghk@sum.dk (ghk@sum.dk), Annika Bonde (annb@sum.dk)
Fra: Jette Thorsen Gade (jtg@adm.aau.dk)
Titel: Offentlig høring af lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud((ISM) Id nr.: 361238
Sendt: 28-07-2025 09:19

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Kære Olivia

Aalborg Universitet, det Sundhedsvidenskabelige Fakultet takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud.

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet har ingen kommentarer til høringsforslaget.

Dbh
Jette



Jette Thorsen Gade, adm.d.
Dekansekretariatet
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

Telefon: (+45) 9940 7907 | mobil (+45) 9356 2009 | E-mail: jtg@adm.aau.dk | Web: www.sundhedsvidenskab.aau.dk
Aalborg Universitet | Selma Lagerlöfs Vej 249 | DK-9260 Gistrup |



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Mail: sum@sum.dk og cc annb@sum.dk og gkh@sum.dk
Sagsnr.: 2025-812

Høringssvar fra Aarhus Universitet, Health over udkast til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Health, på Aarhus Universitet har den 1. juli 2025 modtaget høring over udkast til forslag til lov om ny organisering af det almenmedicinske tilbud. Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Generelt er vi fra det sundhedsvidenskabelige fakultet bekymrede over, at den foreslåede ændring af sundhedsloven indeholder faglig udvikling af området uden inddragelse af universiteterne. Universiteterne er essentielle i forhold til at udvikle klinisk forskning i primærsektoren. I lovforslaget refereres der til regionsråds understøttelse af forskning i almenmedicinske tilbud, patientforløb i det primære sundhedsvæsen og dataunderstøttet kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Universiteterne nævnes ikke i denne kontekst, selv om det er universiteternes opgave at levere denne viden.

For at opnå et tættere samspil mellem almen praksis og klinisk forskning på hospitalerne, er det nødvendigt at de sundhedsvidenskabelige fakulteter indtænkes heri. De sundhedsvidenskabelige fakulteter har bl.a. til opgave at uddanne læger, og aktuelt styrkes faget almen medicin på medicinuddannelsen, både for at styrke den forskningsbaserede diagnostik og behandling i almen praksis og for at uddanne flere læger, der ønsker at etablere sig som praktiserende læger. Derfor vil det være formålstjenligt at adressere uddannelsesforpligtigheden i de nye almen medicinske tilbud i regionerne i lovforslaget, og derved sikre at enhederne kan være med til at løfte opgaven, samt have ressourcer til det. Health foreslår, at klinikophold for medicinstuderende i almen medicinske tilbud indskrives som en konkret opgave i basisfunktionen. Dette vil være med til at sikre den nødvendige kapacitet til at styrke almen medicin i medicinuddannelsen.

Dekanatet, Health

Anne-Mette Hvas
Dekan, professor

Dato: 19. august 2025

Direkte tlf.: +45 87152007
E-mail: dean.health@au.dk
Web: au.dk

Afs. CVR-nr.: 31119103

Sagsnr. 2025-0854231

Side 1/2

De sundhedsvidenskabelige fakulteter rummer forskere ansat på både universiteter og hospitaler, og i samarbejde med almen praksis kan disse forskere igangsætte og videreudvikle forskning, der binder hospitaler og primærsektor tættere sammen. En sådan forskning vil understøtte planerne om at flytte opgaver fra hospitalernes ambulatorier til almen praksis. På Health bidrager vi gerne med metodisk og uafhængig evaluering af kvalitet og effekt i denne proces.

På Health arbejder vi målrettet for at skabe bedre sundhed for alle, og vi indgår derfor gerne i samarbejder, hvor vi kan styrke sundhedsvidenskabelig forskning og videreudvikle sundhedsvidenskabelige uddannelser til fremtidens sundhedsvæsen. Vi ser derfor frem til de nye muligheder, der kommer med sundhedsreformen herunder med den nye organisering af det almenmedicinske tilbud.

Venlig hilsen



Anne-Mette Hvas
Dekan, professor